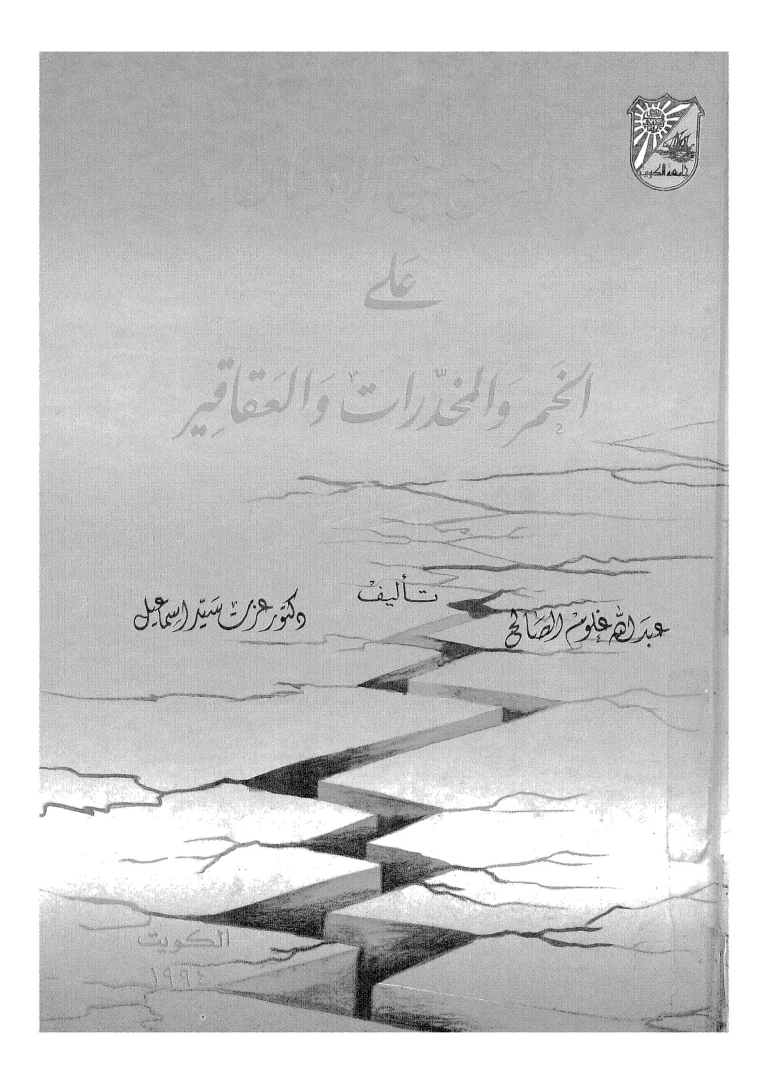

على
الخمر والمخدرات والعقاقير
تأليف
عبد الله غلوم الصالح
دكتور عزت سيد اسماعيل
جامعة الكويت
الكويت
١٩٩٤

المرجع في الإدمان

على

الخمر والمخدرات والعقاقير

تنفيذ واخراج وطبع ذات السلاسل



المرجع في الإدمان على الخمر والمخدرات والعقاقير

تأليف

عبدالله علوش الصالح   دكتور عزت سيد اسماعيل

الكويت
١٩٩٤



تقديم

استخدم الانسان منذ فجر التاريخ بعض النباتات التي تنمو في الطبيعة من اجل احداث نوع من التغيير في حالته النفسية وفي طبيعة الوعي لديه. وكان يستهدف من ذلك الاستمتاع بمشاعر من اللذة والنشوة وحسن الحال، او اتساع آفاق عالمه، والدخول في حالة من الانجذاب الديني، والاتصال بالآلهة، خلال طقوس يقيمها من اجل ذلك. كما كان يستهدف في احوال اخرى التخفف من آلامه وعلاج العديد من الامراض التي يعاني منها

ولقد كان من بين تلك النباتات التي استخدمها الانسان منذ آلاف السنين، نبات القنب الذي يستخرج منه الحشيش والماريجوانا، ونبات الخشخاش الذي ينتج الافيون والذي يتم تصنيع المورفين والهيروين والكوراًيين منه حاليا، وبعض انواع الصبار، ونبات الكوكا الذي يصنع منه الكوكايين في العصور الحديثة، ونباتات ست الحسن والداتورة وجوزة الطيب وعش الغراب.

كما استخدم الانسان ايضاً منذ حوالي خمسة آلاف سنة المواد المخمرة من السكريات لتحدث له حالة من السكر بسبب ما تحتويه من كحوليات.

فقد عرف الاغريق والصينيون نبات القنب الذي يستخرج منه الحشيش والماريجوانا منذ آلاف السنين، ووصفوه للاستخدام الطبي. فاستخدمه الصينيون منذ حوالي ٢٧٠٠ قبل الميلاد في علاج النقرس والامساك وكملطف للألم.

وعرفت بلاد ما بين النهرين منذ حوالي ٢٠٠٠ سنة قبل الميلاد النباتات التي تحدث تأثيراً على حالة الوعي والحياة العقلية لمن يتعاطاها مثل حشيشة ست الحسن ونبات القنب. وكانوا يشيرون الى الحشيش باعتباره المادة التي تذهب بالعقل، واستخدموه طبياً لاغراض علاجية متعددة. وكان السوماريون يطلقون على نبات الخشخاش لفظ «نبات السعادة».

وكان قدماء المصريون يعرفون عدداً من النباتات التي تحدث تغييراً في المشاعر والحالة النفسية لمن يستخدمها مثل نبات ست الحسن. كما جاء في الآثار المصرية القديمة ذكر الأفيون والداتورة.

وزرع الانسان اشجار الكوكا ـ التي يستخلص منها حالياً الكوكايين ـ واستخدم اوراقها سواء من خلال المضغ او تصنيع مشروبات مثل الشاي، وذلك منذ آلاف السنين في امريكا الجنوبية قبل وصول اول رجل ابيض الى تلك المناطق منذ زمن طويل. وقد جاء في اساطيرهم ان اوراق الكوكا تجعل سيء الحظ ينسى مأساته، وتعمل على تقوية الشخص المرهق بدنيا.

وعمل الانسان في العصور الحديثة على دراسة تلك النباتات والتعرف على مركباتها، واستخلاص مركبات جديدة منها لم تكن معروفة للانسان في السابق. فاستخرج ــ مثلاً ــ المورفين والهيروين والكودايين من الافيون. والميسكالين من بعض انواع نبات الصبار، والزايلوسيبين من نبات عش الغراب.

كما قام ـ من جهة اخرى ـ بتحضير وتخليق عقاقير مثل حامض الليسرجك LSD كأحد عقاقير الهلوسة، والذي يؤدي تعاطيه الى الدخول في عالم غريب عجيب من المشاعر والصوتيات والمرئيات.

واهتمت كبريات شركات الادوية والعقاقير باجراء البحوث وانتاج عقاقير

جديدة ذات تأثير على النفس، بهدف استخدامها في علاج الامراض النفسية والعقلية. إلا انه بالاضافة الى تحقيق الهدف الذي تصنع من اجله، فقد اساء الانسان استخدامها ايضا، فاصبح العديد منها من المواد التي يدمن عليها الانسان، شأنها في ذلك شأن المخدرات الاخرى.

وبمرور الزمن، تعرف الانسان في عصرنا الحالي على النتائج الخطيرة التي تنجم عن استخدام تلك المخدرات والعقاقير والمركبات والمشروبات الكحولية، بعد ان اصبح الادمان احد مظاهر الحياة المعاصرة. وتبين ان استخدام العديد من هذه المواد يؤدي الى ما يُسمى بالاعتماد البدني والاعتماد النفسي

ويشير الاعتماد البدني الى حالة من اعتماد فسيولوجي للجسم على الاستمرار في تعاطي المواد التي اعتاد المرء على تعاطيها. وان التوقف عن التعاطي يؤدي الى حدوث اعراض بدنية مرضية خطيرة يمكن ان تنتهي في ظروف معينة الى الوفاة، الامر الذي يجعل المرء يعود مقهوراً الى استخدام تلك المواد لايقاف ظهور هذه الاعراض البدنية الخطيرة.

وبعد ان كان المرء يتعاطى العقاقير او المركبات او المخدرات او الكحوليات بهدف الدخول في حالة من اللذة والبهجة وحسن الحال، يصبح تعاطي هذه المواد هادفاً لايقاف الاعراض البدنية المزعجة التي يثيرها التوقف عن التعاطي. وهكذا يصبح المرء اسيراً وعبداً للمادة التي اعتاد على تعاطيها ولا يستطيع الفرار منها الا اذا اتخذت اساليب علاجية معينة لفترة طويلة.

وعادة ما يتطور الموقف لأبعد من هذا، حيث يعمد المتعاطي الى استخدام مواد اخرى جديدة بالاضافة الى المواد التي ادمن عليها بهدف نشدان المتعة والمشاعر الاولى التي كان يستمتع بها من قبل. الا انه ـــ بعد فترة وجيزة ـــ يعجز عن تحقيق ذلك، ويصبح التعاطي هادفاً فقط الى ايقاف الاعراض

المؤلمة ــ المميتة في بعض الاحيان ــ التي يعاني المرء منها بمجرد توقفه عن استخدام تلك المواد.

هذا من جهة ما يطلق على الاعتماد البدني او الاعتماد الفسيولوجي، وأما فيما يتعلق بالاعتماد النفسي، فان ذلك يشير الى نشوء رغبة قهرية نفسية شديدة من نشدان الحصول على المادة التي ادمن عليها المرء لتعاطيها. وتدور حياة المرء في حلقه مُفرغة، اذا انه ما ان يتعاطى الجرعة التي ادمن عليها حتى يبدأ في البحث عن مصادر يستمد منها الجرعات التالية، الامر الذي ينتهي به الى التدهور اجتماعياً واقتصادياً ومهنياً واهمال شؤون نفسه وأسرته.

ولعل من اهم الدوافع الى وضع هذه الكتاب هو ما نعرفه من آثار رهيبة للادمان على الخمر والمخدرات والعقاقير التي تؤثر على العقل. ولهذا رأينا ان نقدم في هذا الكتاب عرضاً للعديد من المواد التي يدمن عليها الانسان، بهدف ان يتعرف القارىء على ما يمكن ان تحدثه من اضرار بدنية ونفسية، بالاضافة الى الاضرار الاجتماعية والاقتصادية. كما تعرضنا بايجاز الى بعض من اساليب علاج الادمان، ليس بغرض استخدام هذه الاساليب كطرائق علاجية، وانما لتزويد القارىء بنوع من المعرفة يمكن له ان يتبين من خلالها مدى صعوبة علاج حالات الادمان، الامر الذي يفيد كنوع من التوعية تعمل على تجنب محاولة استخدام مثل تلك المواد بأية صورة من الصور.

ويمثل هذا الكتاب ايضاً نوعاً من الدراسة العلمية الاصيلة لموضوع الادمان على الكحوليات والمخدرات والعقاقير والمركبات الكيميائية بحيث يجد الدارس او الباحث المتخصص في هذا الكتاب نوعاً من المراجع العلمية تعينه في بحوثه ودراساته.

ومن جهة اخرى، فقد جاء الغزو العراقي لدولة الكويت مستهدفاً ليس فقط الاستحواز على ارض الكويت ومقدراتها وثرواتها الطبيعية، وإنما يستهدف ايضاً احداث نوع من التدمير للشخصية الكويتية، سواء من حيث طمس معالم الهوية الكويتية، او احداث تغيير جوهري في شخصية الانسان الكويتي. ولعل من بين بعض الطرائق الخبيثة التي استعان بها الغزو العراقي للكويت هي محاولته الفاشلة لنشر صور من السلوك اللااجتماعي، وتغاضيه عن عمليات تهريب وبيع المخدرات والخمور ومحاولة ذيوع انتشارها بين الشباب الكويتي.

ولهذا حاولنا ايضا ان نخصص جانباً من هذا الكتاب لدراسة قضية الادمان على الكحوليات والمخدرات في الكويت، وان نتعرف على حجم هذه المشكلة، وان نقف على التشريعات المختلفة التي صدرت في هذا الصدد حماية للمجتمع، ووقاية له من ان تصبح ظاهرة خطيرة تأخذ ابعاداً مختلفة، خاصة وان المجتمع الكويتي منفتح على غيره من العديد من المجتمعات من جهة، وتربطه خطوط طيران منتظمة بالمثلث الذهبي الذي يضم مناطق من شرق بورما وشمال لاوس وتايلند، وهي من اكبر المناطق المنتجة للافيون ومشتقاته وبخاصة الهيروين. هذا بالاضافة الى توفر الامكانيات المادية للشباب التي يمكن ان تجعل الحصول على مواد الادمان ميسوراً.

وأخيراً، فاننا نرجو ان يكون في هذا الكتاب نوع من الاضافة العلمية المفيدة للمكتبة العربية، والله ولي التوفيق.

المؤلفان

عبدالله غلوم الصالح　　　دكتور عزت سيد اسماعيل

الفصل الأول

مفاهيم الادمان ـ نظريات الادمان
الاساليب العامة لعلاج الادمان

مفاهيم الادمان

كانت كلمة ادمان تعني ميل معتاد قوي للقيام بفعل ما. كما كان يشير هذا اللفظ إلى التكريس والالتزام. كما استخدم ايضا كتعبير معين مثل الادمان على مشاهدة التليفزيون. ويعني لفظ الادمان اليوم بالنسبة للعامة ان يكون المرء مستعبداً للمخدرات والكحوليات والعقاقير ومأأشبه.

وقد وصفت منظمة الصحة العالمية الادمان على العقاقير عام ١٦٥٠، ثم اعادت صياغته عام ١٩٥٢ وعام ١٩٥٧م حيث تشير الى الادمان كحالة من التسمم Intoxication المزمن او النوابي Periodic يحدثها احد المواد، وحيث تكون هناك رغبة قهرية لتعاطي هذه المادة، وميل الى زيادة الجرعة، واعتماد نفسي، وكذلك اعتماد بدني في الاغلب، وحدوث آثار ضارة بالفرد والمجتمع.

وبالنسبة للاعتياد او التعود Habituation ، فانه لا يتضمن أية حالة من التسمم.، إلا أنه يشير الى رغبة قهرية لتعاطي العقار، وحدوث نوع من الاعتماد النفسي بدون اعتماد بدني، ومن ثم لا يعاني المتعاطي من اعراض التوقف عن التعاطي Abstinence syndrome (Grinspoon and Bakalar, 1976 - P.177).

ومن جهة أخرى، اقترحت منظمة الصحة العالمية ان يحل لفظ **«الاعتماد العقاقيري»** محل لفظي **«الادمان العقاقيري»** و **«الاعتياد العقاقيري»**. وتعرف

هذه المنظمة الاعتماد العقاقيري بأنه « حالة تنشأ من التعاطي المتكرر لأحد العقاقير بصفة مستمرة أو بشكل نوابي. وتتباين نتائج ذلك التعاطي وفقاً لنوع العقار المستخدم. ولهذا ينبغي تحديد نمط العقار الذي اعتمد عليه الشخص بالنسبة لكل حالة على حدة. مثل الاعتماد العقاقيري من نمط المورفين أو الهيروين أو الكوكايين أو الحشيش أو الباربيتوريت أو الامفيتامينات ...الخ (Wilker, 1972. P. 989).

وفي هذا الصدد، ينبغي الاشارة هنا إلى أن الادمان بالمفهوم الفارماكولوجي مرادف للاعتماد البدني، حيث يشير إلى حالة تنتج عن التعاطي المستمر لعقاقير معينة. وتحدث عند الانسحاب فجأة من تعاطي العقار، سلسلة من الاضطرابات الفسيولوجية Abstinence Syndrome خاصة بهذا العقار.

وعادة ما يشار بلفظي الاعتياد (التعود) والاعتماد النفسي الى الاستخدام القهري لأحد المواد أو العقاقير بدون ظهور اعراض من الاعتماد البدني. وبهذا يمكن القول بأن«الادمان» و«الاعتياد» هما أمران غير مترابطان.

ويصنف الكتيب التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM III الادمان على العقاقير ضمن« اضطرابات الشخصية المريضة اجتماعيا Sociopathic personality disturbance باعتبار ان الادمان هو عرض لشخصية تعاني من الاضطراب[1].

---

(١) قامت الجمعية الامريكية للطب النفسي APA في عام ١٩٥٢ بنشر الكتيب التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية The Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders . وقد استخدم ما جاء به من تصنيفات على نطاق واسع من قبل العاملين في مستشفيات وعيادات الطب النفسي. وخدم كمرجع مقنن حتى عام ١٩٦٨ عندما صدرت مراجعة له DSM II . ومع ان هذه المراجعة تمثل عدداً من التغيرات في الفئات =

وقد افرد الكتيب التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (الثالث) DSM III قسما خاصا للاضطرابات الناتجة عن استخدام المواد Substance Use Disorders ويشير الى أن استخدام المواد التي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي ينقسم الى حالتين أساسيتين هما: إساءة استخدام المواد Substance abuse، والاعتماد على المواد Substance dependence .

ويعتبر المرء مسيئا لاستخدام المواد عندما يصاب بالتسمم منها Intoxicated على طول اليوم، ويكون غير قادر على التوقف عن التعاطي بصفة دائمة بالرغم من كل الجهود. وتكون حالة التسمم شديدة بدرجة تؤدي الى فشل المرء بالوفاء بالتزامات هامة تجاه الاهل والعمل والاصدقاء. وقد يقع في مشكلات قانونية بسبب ما قد يثيره من مشكلات، أو بسبب سلوك اجرامي عند محاولاته الحصول على المال اللازم للحصول على المادة التي يتعاطاها. على أنه ينبغي الا تقل مدة إساءة الاستخدام هذه عن شهر.

وبالنسبة للاعتماد على المواد فان ذلك يمثل صورة اكثر حدة، حيث تكون هناك شواهد على اعتماد فسيولوجي على المادة المتعاطاة، بالاضافة إلى

=' التصنيفية الا انها لم تكن تشكل تغيراً جوهرياً في الفلسفة أو المضمون، وجاءت في الاغلب مجرد نسخة حديثة تتضمن مسميات جديدة. .

ومن الوجهة التاريخية، فان هذا النظام مشتق من نظام آخر كان يحمل مسمى Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases.

اصدرته الجمعية الامريكية للطب النفسي عام ١٩١٧. وقد روجع هذا النظام بين اعوام ١٩٢٨-١٩٣٤. ثم وجدت الجمعية الامريكية للطب النفسي ان الموقف اصبح متدهوراً ويدعو الى الخلط، مما ادى الى ظهور النسخة الأولى من الكتيب التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM I عام ١٩٥٢. ثم صدر التعديل الثالث DSM III عام ١٩٧٩.

(انظر كتاب انهيار العقل في مرض الفصام ـ الشيزوفرينيا للدكتور عزت سيد اسماعيل، نشر وكالة المطبوعات، الكويت، ١٩٨٤).

المشكلات الاخرى التي يعاني منها المرء. وتشير حالة الاعتماد (المرادفة للفظ الادمان) بهذا المفهوم الى العملية الفسيولوجية التي يستجيب من خلالها البدن لنوع معين من العقاقير. إذ عندما يتم تعاطي مواد معينة لفترة من الزمن، فان البدن يعتاد على هذه المواد بحيث يستلزم الامر تعاطي جرعات اكبر واكبر للحفاظ على نفس التأثير السابق الذي كان يحصل عليه المتعاطي. كما أنه عندما تتناقص فجأة الجرعة التي اعتاد المرء على تعاطيها، فانه يعاني من ردود فعل هذا الانسحاب. إذ ان الاستخدام المطول لذلك العقار قد أحدث تغييرا فسيولوجيا في حالة البدن، مما يؤدي الى حدوث اضطراب بدني عند التوقف عن التعاطي (Davison and Neale,1986.P.250).

وقد قامت لجنة خبراء الاعتماد العقاقيري بمنظمة الصحة العالمية عام ١٩٦٩ بتعريف «الاعتماد» باعتباره(حالة نفسية، واحيانا بدنية، تنتج عن التفاعل بين الكائن الحي واحد العقاقير، تتصف باستجابات سلوكية وغيرها من استجابات تتضمن دائما حالة من القهر لتعاطي العقار - بشكل مستمر أو متقطع - لكي يتم الحصول على تأثيره النفسي، وكذلك لتجنب مشاعر عدم الراحة - في بعض الاحيان - في حالة الانقطاع عن التعاطي. وقد تحدث ظاهرة التحمل أو لا تحدث . وقد يصبح الانسان معتمدا على أكثر من عقار واحد.)

وتحاول منظمة الصحة العالمية أن تضفي بعض القيمة التشخيصية على هذا التعريف الفضفاض لظاهرة الاعتماد بتحديد مظاهر معينة وفقا لنوع العقار الذي يتم تعاطيه. فهي تشير مثلا الى الخصائص المعينة المتعلقة بالاعتماد العقاقيري من نمط الكوكايين، والاعتماد العقاقيري من نمط الأمفيتامينات...الخ

ويرى البعض (Grinspoon and Bakalar, 1976) أن هناك قيمة في التحول من لفظ الادمان الى ذلك اللفظ الفضفاض أي الاعتماد Dependence، اذ يمكن تصور وجود مدى أو درجات من الاعتماد عن حالتي «الاعتياد» و «الادمان». وبهذا يمكن تجنب المفهوم الخاطىء الخاص باعتبار الادمان العقاقيري ظاهرة مفردة أو كيانا مرضيا واحدا.

وهناك جانب آخر في هذا التعريف هو أنه يشير الى استجابات التحمل والانسحاب باعتبارها موضوعات ثانوية، وذلك من خلال الاشارة اليها بألفاظ «احياناً» «وقد يحدث أو لا يحدث» كما يبدو ان لفظ «اعتماد» اكثر حيادا. ومع ذلك فان هذا اللفظ ـ أي الاعتماد العقاقيري ـ لم يعد شائعا في الاستخدام الدارج.

تعريف ببعض المصطلحات
المستخدمة في موضوعات الادمان

التحمل Tolerance

يشير التحمل الى تكيف الجهاز العصبي لتأثيرات عقار معين مما يجعل من الضروري الاستمرار في تعاطي جرعة اكبر من العقار للحصول على نفس التأثير. وحدوث ظاهرة التحمل في حالة تعاطي المهبطات علامة على ان زملة التوقف عن التعاطي Abstinence syndrome قد تظهر عند الانسحاب من التعاطي، ومن ثم تعتبر مظهر للادمان بمعناه الطبي.

التحمل المتبادل Cross - Tolerance

عندما ينمو لدى المتعاطى تحمل لاحد العقاقير، يمكن ان ينمو لديه في نفس الوقت تحمل لاحد العقاقير المعينة الاخرى. ويعتبر الميثادون Methadone والهيروين Heroin من أمثلة ظاهرة التحمل المتبادل. فالاشخاص الذين يستخدمونه الميثادون كأسلوب علاجي من الهيروين، سرعان ما ينمو لديهم تحمل لهذا العقار ـ اي الميثادون.

الاعتماد Dependence

هناك نمطان من الاعتماد هما: الاعتماد البدني ويشير الى حاجة البدن للعقار الذي تم الاعتياد على تعاطيه، والاعتماد النفسي ويشير الى الحاجة النفسية لذلك العقار.

ويمكن تعريف الاعتماد البدني بأنه تغير في الحالة الفسيولوجية للبدن يحدثه تكرار التعاطي لأحد العقاقير، الامر الذي يستلزم الاستمرار في تعاطيه حتى يتوقف ظهور اعراض بدنية مزعجة وقد تكون مميتة.

هذا في حين يشير الاعتماد النفسي الى رغبة نفسية قوية للحصول على نفس التأثير الذي كان يحدثه العقار الذي تم الاعتياد على تعاطيه، وحيث يجد الشخص المتعاطي ان تلك الحالة النفسية التي يحدثها التعاطي اساسية لكفالة حسن الحال لديه.

وتتباين العقاقير فيما تحدثه من تأثير. فالهيروين ـ مثلا ـ يؤدي الى كل من الاعتماد البدني والاعتماد النفسي، في حين أن الكوكايين يؤدي فقط ـ في أغلب الامر ـ الى اعتماد نفسي.

زملة الامتناع (الانسحاب ـ التوقف عن التعاطي) Abstinence syndrome

وهي مجموعة من الاعراض تحدث عند التوقف الفجائي عن التعاطي بالنسبة لمن يعانون من اعتماد بدني على عقار معين. وقد تكون هذه الاعراض خفيفة مثل تلك الناتجة عن تعاطي الامفيتامينات، أو حادة كما في حالة التوقف عن تعاطي الهيروين، أو قد تؤدي الى نتائج قاتلة كما في حالة مركبات الباربيتوريت.

العقاقير Drugs

وهي أي مواد مستخرجة من الطبيعة أو يتم تخليقها في المختبرات تؤثر على وظائف الكائن الحي النفسية والبدنية والسلوكية، ويمكن تصنيف العقاقير الى مجموعات، وتختلف هذه الصور التصنيفية من باحث لآخر، على اننا نقترح التصنيف التالي:

١ـ المنبهات أو المنشطات المستخرجة من الطبيعة مثل الافيون ومشتقاته (المورفين، الهيروين، الكودايين)، وتلك التي يتم تخليقها مثل مركبات الباربيتوريت والمهدئات الصغرى Minor Tranquillizers .

٢ـ المنبهات أو المنشطات المستخرجة من الطبيعة مثل الكوكايين، والتي يتم تخليقها مثل الامفيتامينات.

٣ـ مركبات الكانابيس Cannabis preparations مثل الماريجوانا والحشيش.

٤ـ عقار ال PCP .

٥ـ عقاقير الهلوسة مثلLSD .

٦ـ المستنشقات مثل الغراء واكسيد النيتروز.

٧ـ الكافيين والنيكوتين والكحول. ولا يقف الكثير من المجتمعات من هذه المواد موقفا عدائيا في الاغلب. الا انه ينبغي الاشارة هنا الى ان الكافيين والنيكوتين هما من المنشطات أو المنبهات، في حين ان الكحول ينتمي الى فئة المهبطات.

هذا، وعندما يساء استخدام العقاقير السابقة فان هذا يعني:

اولا: تعاطي العقاقير بصورة غير مشروعة.

ثانيا: التعاطي بدون اشراف طبي أو في جرعات تزيد عن الموصوفة طبيا.

ثالثا: تعاطي العقاقير بصورة تفقد المتعاطي سيطرته على استخدام هذه المواد، وما يتبع ذلك من مضاعفات بدنية وسلوكية.

رابعا: تعاطي العقاقير بحثا عما تحدثه من تغيير في الوعي والمزاج.

نظريات الادمان

* عند مناقشة اسباب الادمان، ينبغي ان ندخل في الاعتبار ان اية مشكلة ليست - في الاغلب - وليدة سبب واحد فقط، وانما تتدخل عادة مجموعة من العوامل لتسهم في احداث المشكلة. وبالنسبة للادمان فان هذه العوامل قد تعزى الى داخل الفرد نفسه، والى بيئته التي يعيش فيها. ويبدو ان هذه العوامل تتفاعل معا، بحيث ان كلا منها يعمل على تدعيم الاخر وتعزيزه. وان تأثير هذه العوامل يتباين من شخص لاخر.

وعلى هذا، يمكن القول بغرض الشرح والتوضيح بوجود مجموعتين رئيسيتين من العوامل تسهمان في احداث ظاهرة الادمان هما: العوامل الداخلية والتي تعزى الى الحالة البدنية والنفسية للفرد، والعوامل الخارجية التي تضم ما هو محيط ببيئة الفرد.

وبالنسبة للعوامل الداخلية فانها تشير الى : العوامل التكوينية والوراثية - دور المستقبلات العصبية، نشدان المتعة واللذة ومشاعر حسن الحال، اشباع حب الاستطلاع والمرور بخبرات جديدة، محاولات الهرب من الاحباط وما يرتبط بذلك من عدم نضج الشخصية وضعف قدرتها على مواجهة مشكلات الحياة... الخ.

وتتلخص العوامل الخارجية في: تأثير جماعات الرفاق واستخدام بعض الشباب للعقاقير كرمز للاحتجاج على كل ما يرونه خاطئا في مجتمعهم،

شيوع استخدام العقاقير في المجتمع، امكانية الحصول على مادة الادمان.

وعلى أية حال، فقد قامت عدة نظريات كمحاولات لتفسير اسباب الادمان، ولماذا يصبح البعض مدمنا في حين لا يصبح البعض الاخر كذلك. الا أننا ينبغي ان نضع في الاعتبار دائما ان تفسير أية ظاهرة في ضوء مفاهيم احدى النظريات فقط، لا يمثل القصة كلها. واننا بهذا نؤكد في الواقع على ضرورة الاخذ بتعدد الاسباب التي تكمن وراء أية ظاهرة او مشكلة.

اولا: نظريات التحليل النفسي

تشير بعض آراء التحليل النفسي الى ان الادمان على الكحول راجع الى التثبيت Fixation على المرحلة الفمية[1] Oral stage وان المدمن الكحولي يعاني من احساس رهيب بالحرمان خلال طفولته. ويؤدي به هذا الحرمان الى نشدان الاشباع الفمي، والى رغبة جارفة في التخلص من عدم الشعور بالامن. ومن ثم يلجأ الى تعاطي الكحول عن طريق الفم (Gallatin,1982.P.434).

---

(١) يرى فرويد ان الطفل يمر بما اسماه «مراحل النمو النفسي الجنسي». ففي السنة الاولى من عمر الطفل تتركز حياته حول فمه حيث يصبح الطفل آخذاً مستقبلاً عن طريق الفم يتلقى من خلاله ليس الطعام فقط وانما الحب والعطف ايضا.

وخلال السنة الثانية من عمر الطفل تبدأ «المرحلة الشرجية» Anal Stage حيث تبدأ عملية تدريب الطفل على عادات النظافة (عمليات الاخراج). وينتقل الطفل بعد ذلك الى «المرحلة الاوديبية» نسبة الى اسطورة اوديب حيث يميل الطفل الذكر نحو الام بينما تميل البنت نحو الاب. ويتوحد الابن بشخصية الاب ويصبح كما لو كان هو الاب نفسه، بينما تتوحد البنت بأمها وتصبح كما لو كانت هي الام ذاتها. وهذه العملية من التوحد (التقمص) تسرع من عملية نضج الطفل، حيث يأخذ الابن طريقه نحو الرجولة بينما تأخذ البنت طريقها نحو الانوثة.

وفي هذا الصدد أيضا، يفسر بعض المحللين النفسيين ومنهم فينيكل Fenichel الادمان العقاقيري، حيث يصف سلوك المدمن على الافيونيات بانه سلوك من النكوص[١] Regression والتثبيت على المرحلة الفمية.

ويرى محللون نفسيون ان المدمن تسوقه عموما مجموعة من الدوافع. فالمدمن لا يشعر فقط بالاحباط والمعاداة وانما يعاني ايضا من الاكتئاب. ويتصفون بانهم على علاقة سيئة بالاباء وخاصة الامهات، لانهم لم يشملوهم في طفولتهم بقدر كافي من العطف. وتولد لديهم مشاعر الكراهية والعدوان ـ الموجهة نحو الاباء ـ مشاعر القلق والاثم. وعلى هذا، فان مواد الادمان تساعدهم على التخلص من هذه المشاعر. فهل تمثل ـ اولا ـ نوع من الاشباع البديل لرغبات فمية، وهي تمثل ـ ايضا ـ نوع من العقاب يوقعه المدمن على نفسه جزاء له على مشاعره العدوانية هذه، باعتبار ان مواد الادمان خطرة على حياة من يتعاطاها.

ثانيا: النظريات السلوكية[٢]

الادمان وفقا لهذه الآراء ليس ناتجا عن مشاعر من الحرمان ودوافع لا

(١) النكوص هو الارتداد الى مراحل سابقة من النمو النفسي الجنسي.

(٢) قامت النظريات السلوكية على اساس مفاهيم الاشتراط Conditionning اقامها بافلوف ابتداء من تجربته المعروفة عندما تبين له خلال دراساته حول فسيولوجيا الهضم ان حيوان التجريب (الكلب في هذه الحالة) كان لعابه لا يسيل فقط لمجرد استقباله للطعام في فمه وانما يسيل ايضاً عند سماع وقع خطوات الخادم الذي يحمل الطعام وقد ادى ذلك الى التعرف على ان بعض المنبهات المحايدة (وقع خطوات الخادم مثلا) يمكن ان تصبح منبها شرطيا (اي شرطا) لظهور الاستجابة المناسبة (سيلان اللعاب في هذه التجارب). وان المنبهات الطبيعية (الطعام في هذه الحالة) تصبح نوعا من «المدعمات لسلوك الحيوان، اي لافرازه اللعاب». ووفقاً لهذا فان تناول الكحول والمخدرات وما اشبه يصبح نوعا من المدعمات التي تعمل على خفض حالة التوتر والقلق ومشاعر الاحباط... الخ.

شعورية من الكراهية والعدوان، وانما يمكن تفسير الادمان من دافع «خفض التوتر». وبهذا فان تعاطي العقاقير انما يستهدف خفض صور الانفعالات المؤلمة غير السارة مثل خيبة الامل، الاحباط، الفشل، القلق،. ولما كانت العقاقير تفيد في خفض حدة هذه المشاعر، فان المتعاطي يحصل على نوع من التدعيم الايجابي، الامر الذي يؤدي الى تكرار التعاطي مرات ومرات. وتكون عوامل الاثابة المباشرة - بهذا - هي امر اكثر جاذبية للمتعاطي.

وهناك تفسير آخر هو نوع من التعديل لمبدأ خفض التوتر يتلخص في ان من يتعاطون العقاقير انما تنقصهم الثقة في النفس ويستشعرون بعدم الامن، ومن ثم فانهم يلجؤن للعقاقير ليس بهدف خفض التوتر، وانما لحماية انفسهم من مشاعر العجز وعدم الكفاية. وبهذا فان تعاطي العقاقير يجعلهم يستشعرون بسيطرتهم على الموقف وبقدرتهم على مواجهة مطالب الحياة.

بعبارة اخرى، يمكن القول بأن تعاطي العقاقير يمثل حلا لبعض مشكلات النضج. ويصبح استخدام العقاقير نوع من الاستجابة المتعلمة للتعامل مع المشكلات التي تواجه المرء. ومع ذلك، فيمكن ان نشير الى ان التفسيرين السابقين يكملان بعضهما بعضا. بمعنى ان المرء قد ينشد تعاطي العقاقير للتخفف من حدة ما يعانيه من توتر نفسي سواء بسبب مشاعر الفشل والاحباط والقلق، او بسبب مشاعر العجز وعدم الكفاية. ويصبح - بهذا - استخدام العقاقير اسلوبا سلوكياً متعلماً لمواجهة هذه المشاعر.

ثالثا: التفسير النفسي الدينامي[1]

يستند هذا التفسير الى افتراض ان المدمن هو شخص يعاني من متاعب وضغوط نفسية وحالة من الصراع النفسي، حيث تمزقه القوى المتعارضة المتصارعة في اتجاهين متضادين متكافئين من حيث الشدة. بمعنى ان اولئك الذين يصبحون مدمنين على العقاقير فانهم ـ بالاضافة الى العوامل الاخرى مثل العوامل التكوينية والبيئية الحضارية ـ يعانون من مشكلات انفعالية بصورة او اخرى.

فمما لا شك فيه ان المجتمع التنافسي يؤدي الى قيام صور من التوترات والقلق وعدم الرضاء والبؤس والشقاء، مما يدفع بالبعض الى البحث عن مخارج للتخفف من حدة هذه المتاعب، بالاضافة الى تلك المخارج التقليدية التي يجدها البعض في الكحول والتدخين. فشيوع استخدام الهيروين ـ مثلا ـ بين الملونين من الامريكيين قد يمكن تفسيره بأنه وسيلة هروبية من حياة بائسة. ومع ذلك، فان مثل هذا التفسير هو الآخر عرضة للنقد. اذ يمكن القول بان انتشار الادمان بين افراد هذه الفئة هو الذي ادى الى الحياة البائسة التي يعيشونها، وليس البؤس أو الشقاء هو الذي أدى الى الادمان.

وفي هذا الصدد، فقد اصبح اساءة استخدام العقاقير واحدا من اساليب عديدة للتعبير عن صراع الاجيال. وان الشباب قد يلجأ الى تلك الصور السلوكية كاستجابة للاحساس بالخطر، البحث عن هوية، رمز لمشاعر الشباب بالاغتراب، اسلوب للتعبير عن التحرر من السلطة الابوية. كما ان مثل هذه الاساليب السلوكية من اساءة استخدام العقاقير هي نوع من

(١) يشير لفظ «دينامي» هنا إلى تصارع القوى النفسية، باعتبار ان الصراع النفسي يمثله قوى متعارضة متكافئة في الحدة تجذب الانسان في اتجاهين متضادين بحيث يصعب الحسم بينهما.

التعبير عن التحدي الاجتماعي والخروج على القيم والمعايير الاجتماعية السائدة.

وعلى اية حال، فلابد لنا ان نلاحظ نوع من التقارب او التماثل بين وجهات نظر التفسير النفسي الدينامي وبين النظريات السلوكية، من حيث ان اساءة استخدام العقاقير انما يلجأ اليه المرء كحل لما يواجهه من مشكلات انفعالية، وان كانت وجهة النظر السلوكية تلح - في واقع الامر - على الادمان كسلوك «متعلم» يتم تدعيمه من خلال التخفف من حدة ما يعانيه المرء من متاعب وصراعات نفسية. وفي هذا الصدد، فيمكننا ان نصنف صور التفسير الثلاث اي آراء التحليل النفسي، والتفسير السلوكي، ووجهة النظر النفسية الدينامية، باعتبار انها جميعا يمكن ان تندرج في اطار التفسير النفسي للادمان.

رابعا: العوامل التكوينية Genetic factors

لايمكن استبعاد احتمال ان تلعب العوامل التكوينية دورا في الادمان، اذ نجد مثلا بعض الاجناس مثل الاميريكيين من اصل ايرلندي، والهنود الاميركيين، ومواطني الاسكيمو، تنتشر بينهم نسبة حدوث الادمان الكحولي بشكل واضح. الامر الذي يثير افتراضا بانهم قد ورثوا عوامل تكوينية خاصة.

ومع ذلك فيمكن تفسير ارتفاع معدلات حدوث الادمان الكحولي بين هذه الفئات بأنه يعود - في جزء منه على الاقل - الى الاتجاهات السائدة بين افراد هذه الجماعات. اذ ان الايرلنديين - مثلا - لديهم اتجاهات ايجابية نحو الشراب باعتباره نوع من الانشطة تخرجهم من عزلتهم، حيث يتجمعون في

الحانات ويتصلون ببعضهم البعض. ولا ينظر الهنود الاميريكيون الى السكر باعتباره فعلا مخجلا. كما انهم لا يعانون ـ غالبا ـ من مخاوف فقد العمل او مشاعر الاثم بشأن ذلك (Gallatin, 1982.P.435)

خامسا: العوامل الخاصة بنمط الشخصية

يرى البعض (Teff,1975.P.50) انه لا يمكن ان نستبعد احتمال وجود عامل في بناء الشخصية يسهم في حدوث الادمان. اذ يمكن ـ مثلا ـ وصف متعاطي الهيروين والكوكايين في بريطانيا بأنه غالبا ما يكون ذكر دون سن الخامسة والعشرين. وتفوق نسبة الذكور الاناث حيث تبلغ ١:٥ أو ١:٧ وفقا للمناطق التي ينتمي اليها المدمنون، ويبلغ مستوى ذكاء الكثيرين منهم فوق المتوسط، الا ان تحصيلهم الدراسي ادنى بكثير من مستوى ذكائهم. ويميلون لان يعانوا من مشكلات توافقية او اضطراب في علاقاتهم الاسرية او كليهما. كما تتصف تلك الفئة التي يعوزها دافعية التخلص من حالة الادمان بأن انفعالاتهم ضحلة، متمركزون حول انفسهم، غير قادرين على تحمل الاحباط. ومع ذلك، فمما لاشك فيه ان مثل هذه الخصائص هي أمر شائع ايضا في العديد من صور السلوك اللاسوى الاخرى.

وقد قامت محاولات عدة للتعرف على ما اذا كان المدمنون على العقاقير بصورها المختلفة يتصفون بنمط معين للشخصية مختلف عن نمط شخصية غير المدمنين.

وعند تطبيق اختبار منسوتا متعدد الاوجه M M P I (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) على مدمنين سابقين، تبين ان بروفيل هذه الفئة يتصف بدرجة عالية على الانحرافات السيكوباتية

(Psychopathic deviate PD)، وكذلك على مقياس الهوس الخفيف (Hypomanic scale) وبدرجة أقل على مقياس الفصام (الشيزوفرانيا) Sc والاكتئاب D. ومع ذلك، فان هذا البروفيل لا يميز هؤلاء المدمنين السابقين عن المدمنين على الكحول المودعين بالمستشفيات وكذلك الاحداث الجانحين.

وقد اشار الباحثون في دراسات اخرى الى وجود سمة سائدة بين المدمنين على الافيونيات هي سمة الاعتماد(التواكل) Passive dependency وان هؤلاء المدمنين يفضلون الافيونيات على الكحول وغير ذلك من مواد، لان الافيونيات تعمل على مساندة اسلوبهم المفضل في التعامل مع ظروف الانعصاب، وذلك من خلال قيام حالة من اللامبالاة والانسحاب (Wilker,1972.P.998.) ولكن التساؤل هنا يدور حول ماذا كانت خصائص الشخصية هذه كما تقيسها المقاييس النفسية سابقة على الادمان ام انها نتيجة له. كما اننا نجد كثيرا من انماط الشخصية هذه شائعة بين من يتصفون بصور سلوكية لا سوية من غير المدمنين. بمعنى انه لا يمكن افتراض وجود نمط محدد لشخصية المدمن.

وقد حاول بعض الباحثين الاتجاه في بحوثهم وجهة اخرى وتبني منحى آخر، من خلال محاولة اقامة تمايز بين خصائص شخصية المدمنين وفقا لنوع المادة التي ادمنوا عليها. فمثلا، بالنسبة للادمان على الحشيش والماريجوانا، فان هذه الدراسات تشير الى ان المدمن على هذه المواد يتصف بالقلق، الاندفاعية، الخجل، عدم النضج، عدم الاستقرار الانفعالي، الرغبة في اقامة اتصالات اجتماعية مع الاخرين.

هذا في حين يتصف مدمن الامفيتامين بمعاناة من اضطرابات نفسية، وصور سلوكية غير سوية مثل الجنسية المثلية. ومع ذلك، هناك آراء اخرى

تشير الى عدم وجود فروق جوهرية في شخصية المراهقين المدمنين على الامفيتامينات وغير المدمنين.

وبالنسبة لعقاقير الهلوسة، وبخاصة L S D ، فانه من غير المجدي البحث عن عوامل معينة للشخصية مرتبطة باساءة استخدام هذه العقاقير، ويرجع ذلك في جزء منه الى انه لا يمكن استخدام مفهوم الادمان بالنسبة لعقاقير الهلوسة استخداما فعليا. اذ من غير المعتاد ان يتعاطى المرء عقاقير الهلوسة بصفة مستمرة، او ان يرغب في ذلك. وفي الحالات النادرة التي ينمو فيها اعتماد نفسي على هذه العقاقير، فانه من المألوف حدوث تغيرات جوهرية في الشخصية مما يجعل من المتعذر اقامة تمايز بين نتائج استخدام العقار وبين عوامل الشخصية التي يمكن ان تجعل المرء لديه استعداد للادمان عليها. ومع ذلك، فان مثل هذه الآراء لم تتناول خصائص شخصية من يدمنون على اكثر من عقار في وقت واحد، وهم في الواقع يمثلون اغلبية المدمنين، اذ نادرا ما يقتصر الادمان على نوع واحد فقط من المواد (Teff, 1975.P.51).

سادسا: الظروف الاجتماعية

ينتمي الغالبية العظمى من المدمنين اليوم في الولايات المتحدة الى مناطق متخلفة slums في المدن الكبرى، وحيث تتوفر مصادر الحصول على المخدرات، وحيث تكون الاتجاهات القائمة نحو سيادة القانون هي اتجاهات سيكوباتية بمقارنتها بالمناطق المتقدمة اقتصاديا.

وقد لوحظ - بصفة عامة - وجود ارتباط بين السلوك الاجرامي واساءة استخدام العقاقير وبين الشخصية ذات السلوك المضاد للمجتمع. وفي مثل تلك الاحوال، فان اساءة استخدام العقاقير ما هو الا جزء من السلوك

الباحث عن الاثارة للشخص المريض في علاقته بالمجتمع. ومع ذلك، فلا يمكن تعميم مثل هذا الافتراض، اذ ان هناك العديدمن غير الخارجين على القانون يدمنون على مواد مثل العقاقير المستخدمة في الطب النفسي او الكحول او الامفيتامينات بل وحتى المخدرات.

وبالنسبة للتاريخ الاسري للمدمنين، فيبدو ان المدمن ينتمي في الاغلب الى اسرة مفككة، وقد يكون لها تاريخ سابق من الخروج على المجتمع. ويكون الاب في كثير من الحالات غير موجود في محيط الاسرة. واذا ما كان الاب موجودا فانه يكون موجودا جسديا فقط، الا انه ليس له وجود نفسي في الاسرة، او قد يكون عدوانيا بشكل واضح. وقد تكون العلاقة بين الاب والام سيئة. وهناك احتمال بان ما قد يكون قائما من قصور في شخصية المدمن، انما بسبب نشأته في اطار تلك العلاقات الاسرية السيئة. ومع ذلك، فهناك دراسات تشير الى عدم وجود اي فروق في التكوين والعلاقات الاسرية بين المدمنين وغير المدمنين.

ومن جهة اخرى، هناك بعض المؤشرات على ان جماعة الرفاق قد تكون ذات تأثير اكبر من الظروف الاسرية في احداث الادمان. ففي بريطانيا - مثلا - تبين ان حوالي ثلث الجانحين قد اساءوا استخدام العقاقير، وان ذلك التجريب بدأ في سن الخامسة عشر تقريبا، وان الاتصالات في المدرسة والشارع كانت الاداة الفعالة في الادمان. بعبارة أخرى، هناك افتراض بان دور جماعة الرفاق هو بداية طريق الادمان. وان المراهق يتأثر بشكل كبير بجماعة الرفاق، حيث ينشد التوحد بالجماعة والتقبل منها.

سابعا: امكانية الحصول على العقار

مما لا شك فيه انه كلما كان العقار ميسورا ومن السهل او من الممكن الحصول عليه، كلما تزايد عدد الذين يسيئون استخدامه والادمان عليه. ومن امثلة ذلك انتشار الادمان على الامفيتامينات في اليابان عقب الحرب العالمية الثانية. واساءة استخدام مشتقات الأفيون والادمان عليه في فيتنام بين الامريكيين. كما ترتفع نسبة الادمان الكحولي بين العاملين في مجال الكحوليات ، ويشيع بينهم الامراض التي يحدثها الادمان الكحولي.

ويتعرض العاملين في المجال الطبي والمهن المرتبط بها لمخاطر الادمان وذلك لسهولة الحصول على العقاقير. ومع ذلك، وبالنسبة للاطباء - بصفة خاصة - فهناك افتراض آخر يفسر سبب تعرضهم لمخاطر الادمان، بالاضافة الى توفر او سهولة الحصول على العقاقير. اذ من الملاحظ ميل الكثيرين من الاطباء لتجنب القيام بدور المريض كلما امكن ذلك. وفي هذا الصدد، فان الكثيرين من الاطباء ممن يعالجون من الادمان يكشفون عن تكوين عكسي[1] مبالغ فيه لدوافع شديدة من الاعتماد والتواكل. فهم يفضلون تجنب نشدان المعونة. وعندما ترغمهم شدة المرض على ذلك، فانهم يميلون الى تقبل الواقع على مضض. ويؤدي ذلك الى تفضيل بعض الاطباء لأن يقوموا بعلاج انفسهم عن ان ينشدوا المعونة من الآخرين. ومن هنا تبدأ حلقة مفرغة، اذ انه تحت ظروف من التعب والقلق والالم، فان الطبيب قد يتجه نحو شيء يمكن ابتلاعه، ويؤدي به الى الراحة من اعراضه، وتكون هذه المحاولات هي بداية طريق الادمان.

---

(١) التكوين العكسي « Reaction formation » هو من الميكانزمات الدفاعية اللاشعورية وفيه يتخذ المرء مشاعر واتجاهات وصور سلوكية هي على العكس تماماً من مشاعره وصوره السلوكية المحظورة وغير المقبولة اجتماعياً وبذلك فانه لا يستشعر الاثم ويرى صورته عن نفسه مقبولة تماما.

ثامنا: العوامل الفسيولوجية في الادمان

يبدو ان التغيرات الفسيولوجية التي تحدثها بعض العقاقير في الجسم من بين اهم العوامل المحدثة للادمان. اذ ان هناك عدد من العقاقير مثل الهيروين والمهدئات والكحول يمكن ان تؤدي الى اعتماد بدني، الامر الذي يستثير اعراضا بدنية قد تكون خطيرة عند التوقف عن التعاطي. وبهذا، عندما يصبح المرء معتمدا على احد العقاقير، فان تأثير ذلك العقار ما ان يخبو حتى ينشد المرء تعاطيه مرة اخرى لخفض اعراض الامتناع، باعتبار ان ذلك اسرع واضمن طريق للتخلص من هذه الاعراض سواء النفسية او الفسيولوجية.

ومع ذلك، ينبغي عدم المبالغة في اعراض الامتناع باعتبارها من عوامل الادمان. فالمدمن على الكحول مثلا يمكن ان يعود فجأة الى تعاطي الشراب، بعد توقف شهور عديدة عن الشراب. وكذلك الحال بالنسبة لمدمن الهيروين. ومن جهة اخرى، فان هذا التفسير الفسيولوجي لا يفسر السبب في بدء المرء استخدام تلك المواد او العقاقير، ولا يفسر ايضا العوامل التي دفعته للاستمرار في التعاطي فترة ادت الى قيام حالتي الاعتماد النفسي والبدني.

الاساليب العامة لعلاج الادمان

يمكن القول بان الدافعية لتلقي العلاج لدى المرضى المدمنين هي دافعية ضعيفة بمقارنتهم بالعديد من المرضى بامراض اخرى. اذ ان المرضى المدمنين هم أقل نمط من المرضى لديهم دافعية للعلاج. ويعتبر من الانجازات الكبرى في هذا الشأن الحصول على تقبلهم للعلاج. وقد يعود ذلك - في جزء منه - الى طبيعة المشكلة التي يعانون منها. فغالبية المرضى بالعصاب النفسي - مثلا - لديهم الدافعية لتلقي العلاج بهدف التخلص من الاعراض العصابية المزعجة لهم. هذا في حين ان المدمنين ليست لديهم مثل هذه الدافعية، اذ ان بين ايديهم اسلوبا لايقاف معاناتهم، الا وهو تعاطي العقاقير التي أدمنوا عليها.

ومع ذلك، فان التخفف من المعاناة النفسية والبدنية من خلال الاستمرار في تعاطي العقاقير، لا يعني التخفف مما يعانيه المدمن ويواجهه من مشكلات في مجال العمل والحياة الاجتماعية واضطراره للانفاق على شراء العقاقير وبذل الجهد في سبيل الحصول عليها وغير ذلك من صور المعاناة.

ومن جهة اخرى، فان نتائج فاعلية العلاج ليست مشجعة في الاغلب في كثير من الاحوال، ويعود ذلك الى اسباب وعوامل عدة. ومن ذلك ان المدمنين حتى اذا ما خضعوا للعلاج وتوقفوا عن التعاطي، نجد لديهم ميل للانتكاس اذا ما تعرضوا لاي نوع من الضغوط الحادة. وعندما ينتكس مثل هؤلاء المرضى فانهم يكونوا عازفين عن الافضاء بذلك عادة، وقد لا ينشدون العلاج مرة اخرى.

كما انه من الصعب اقناع المريض المدمن بالاستمرار في تلقي العلاج، اذ ان نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى يميلون للتوقف عن تلقي العلاج. وكأحد الامثلة على ذلك، ان نسبة المرضى المدمنين الذين يستمرون حتى نهاية برامج العلاج في «المجتمعات العلاجية»[1] لا تتعدى من ١٠٪ الى ١٥٪.

وفي مقابل ذلك، نجد ان المرضى الذين يستمرون خاضعين للعلاج اطول فترة ممكنة، يميلون لان يكشفوا عن تحسن ملموس. وقد يعود ذلك - في الاغلب - الى العملية الانتقائية، حيث ان المرضى المدمنين الذين تكون لديهم الدافعية لتلقي العلاج قوية، هم الذين يستمرون في الخضوع للبرامج العلاجية.

ويمكن تقسيم الاساليب العلاجية للادمان بصفة عامة الى مرحلتين، تستهدف الاولى التخلص من السُميات Detoxification والثانية يكون التركيز خلالها على استخدام اساليب علاجية طويلة المدى Long-term Therapy.

اولا: التخلص من السُميات

وتهتم الاساليب العلاجية في هذه المرحلة بانسحاب المريض من العقاقير التي ادمن عليها. ومن المفروض ان يتم ذلك في المستشفيات او المصحات او مراكز العلاج من الادمان. اذ عادة ما يستلزم الامر في تلك المرحلة نوعا من العناية الطبية المعينة. فقد يكون المريض عندما احضر للعلاج في غيبوبة،

(١) سوف نتناول هذه المجتمعات العلاجية بالشرح والتفصيل في اكثر من موضع في هذا الكتاب.

مما يتطلب اتخاذ وسائل علاجية معينة لانقاذ حياته. وعادة ما يكون المدمن ـ بصفة عامة ـ في حالة يرثى لها خلال هذه المرحلة.

ومما ينبغي الاشارة اليه ان عزل المريض في المستشفيات او مراكز العلاج من الادمان هو امر جوهري في تلك المرحلة العلاجية الاولى، وذلك لتجنب حصول المريض على العقاقير التي ادمن عليها، ومنع اتصاله بالمصادر التي تزوده بتلك المواد.

وخلال هذه المرحلة العلاجية، فان الامر يقتضى عادة وضع المريض على جرعات من المهدئات، او العقاقير المضادة للتشنجات، او احد منازعات الافيونيات مثل النالوكسون Naloxone لايقاف اعراض الانسحاب من تعاطي الهيروين. كما يقتضي الامر ـ ايضاـ الاهتمام بالحالة الصحية البدنية العامة للمريض.

ثانيا: العلاج طويل المدى

عادة ما تكون مرحلة التخلص من السُميات قصيرة نوعاما تستغرق بضع اسابيع او اقل. وما ان ينسحب المريض من تعاطي العقاقير، حتى يصبح الهدف التالي يتركز حول منع عودته الى التعاطي مرة اخرى. ويقتضي الامر الاستعانة ببعض اساليب العلاج النفسي مثل العلاج الفردي، والعلاج الجمعي، والعلاج السلوكي. وقد يكون هناك اهتمام بتزويد المريض بخدمات اخرى مثل التأهيل المهني، وقد تكون الظروف العائلية للمريض من نوع يقتضي تقديم خدمات علاجية وارشادية للاسرة ذاتها. وفي هذا الصدد، فان هناك مؤشرات على ان البرامج التي تتضمن الاستعانة بالعديد من الاساليب العلاجية معا في وقت واحد، تكون اكثر فاعلية من اي اسلوب علاجي بمفرده.

نظم العلاج من الادمان

هناك حاليا العديد من الانماط العلاجية الواسعة الانتشار في المجتمعات الغربية لمواجهة مشكلة الادمان ومنها:

١ـ المجتمعات العلاجية Therapeutic communities.

٢ـ مراكز العلاج من الادمان على الافيونيات(المورفين والهيروين).

٣ـ وحدات علاج سوء استخدام العقاقير غير الافيونية.

٤ـ خدمات العيادات الخارجية.

٥ـ الايداع القهري في مؤسسات علاجية.

أولا: المجتمعات العلاجية

من المشكلات الرئيسية في الادمان، انه ما ان ينتهي العلاج ويعود المدمن الى بيئته، حتى يستأنف انماطه القديمة في الادمان، في نوع من حلقة مفرغة لا نهاية لها.

وبناء على هذه الخلفية فقد بدأ ديدريش Chales Dedrich ـ وهو مدمن

سابق على الكحول ـ في عقد لقاءات مع مجموعة صغيرة من المدمنين على الكحول في منزله بكاليفورنيا. وكانت هذه الجلسات تستهدف التعرف على المشكلات الذاتية التي اسهمت في ادمانهم.

وسرعان ما التحق بهذه المجموعة الاولى عدد آخر من المدمنين على المخدرات ممن يحاولون التخلص من عادة الادمان. ولما زاد عدد الجماعة كان لزاما عليها ان تتخذ مقرا آخر لها غير منزل ديدريش، حيث اسسوا ما يسمى Synanon Club في سانتا مونيكا، وكان ذلك بمثابة اول مجتمع علاجي دائم.

وسرعان ما تأسست عدة مجتمعات علاجية اخرى . ويوجد حاليا في الولايات المتحدة حوالي ٥٠٠ مجتمع علاجي، يبلغ عدد اعضائها حوالي مائة الف عضو. وتتباين هذه المجتمعات العلاجية فيما بينها. فبعضها صغير لا يزيد عدد أعضائه عن ٣٥ عضواً، والبعض الآخر كبير يصل إلى حوالي ٥٠٠ عضو. وتتخذ هذه المجتمعات العلاجية عادة اسماء جذابة مثل: Daytop Village, The family, Phoenix House

وتختلف هذه المجتمعات العلاجية من حيث الاستراتيجيات التي تطبقها، الا انها جميعا ذات فلسفة واحدة. فمن الاولويات في مفاهيم المجتمعات العلاجية هو البقاء اليومي الكامل داخل هذه المجتمعات لاحداث نوع من التعديل في شخصية استضعفت على مدى طويل. فالهدف الاساسي هو احداث تغيير شامل في نمط حياة الفرد، والابتعاد عن العقاقير، وتجنب صور السلوك اللااجتماعي، وتنمية مهارات مهنية والاعتماد على النفس.

ومن المفروض في المريض الذي يتم قبوله في احد المجتمعات العلاجية ان يستمر في ذلك المجتمع فترة طويلة من الزمن، غالبا ما تزيد على السنة.

وتتلخص الخطة العلاجية في اشتراك المريض - في البداية - في نوع من العلاج الجمعي حيث يتم في تلك الجلسات مواجهة صريحة مع صور السلوك اللاسوى، ويعهد اليه بمهام معينة، ثم يتم فطامه تدريجيا عن هذا المجتمع العلاجي بهدف اعداده للحياة في المجتمع الاوسع، وان يجد عملا في ذلك المجتمع.

هذا، ويمكن تعريف المجتمع العلاجي بأنه مكان يقدم خدمات علاجية للمدمنين، حيث يقيم فيه ويعمل به الملتحقون بهذا المجتمع في جو من العلاقات الاجتماعية يستهدف المنفعة المشتركة للاعضاء. وتقوم هذه المجتمعات العلاجية على الاسس التالية:

١- اساءة استخدام العقاقير ليس في ذاته مرض من الامراض.

٢- اساءة استخدام العقاقير عرض لاضطرابات انفعالية و/او اضطرابات في النضج.

٣- ولكي يتخلص المرء من حالة الادمان، لا بد له ان يتعلم مجموعة جديدة من المهارات تسمح له بحياة اكثر انتاجية.

اساليب العلاج في المجتمعات العلاجية

يقوم العلاج المستخدم في المجتمعات العلاجية اساسا على اسلوبين يعتبران جوهريان في علاج الادمان وهما:

اولا: العلاج الجمعي بالمواجهة .Encounter group therapy والذي يسمى احيانا Confrontation group therapy .

ثانيا: العلاج البيئي Milieu therapy .

ويكون على المدمن خلال **جلسات العلاج الجمعي بالمواجهة** ان يخضع لجلسات مواجهة، حيث يكون عليه ان يعترف بنواحي ضعفه امام الجماعة. ويهدف ذلك الى تعرف المرء ـ مع الوقت ـ على نواحي ضعفه وما يعانيه من قصور في النضج. وما ان يتحقق ذلك حتى يتم تشجيعه من جانب الجماعة على تنمية مجموعة جديدة من مهارات الحياة، من المفروض ان تساعده ـ اي هده المهارات ـ ان يسهم بشكل سوي ناضج في مواجهة مشكلات واحباطات الحياة.

ومن جهة اخرى، فان الوسط او **البيئة الكلية للمجتمع العلاجي** يسهم ايضا في العملية العلاجية. فمن المفروض ان هذه المجتمعات تخضع لنظام صارم في بيئة اجتماعية محددة، وحيث تتباين مكانة المقيم وفقا لدرجة تقدمه. ويقاس ذلك ـ اي درجة ما يحرزه المرء من تقدم ـ بمدى استعداده لان يتحمل مسؤولية متزايدة، وان يكشف عن قدرته على التحكم في ذاته. وكلما تقدم المرء في هذا السبيل كلما منح مكانة اكبر في هذا المجتمع.

ويمر المرء بفترة من العزلة عند قبوله كعضو لاول مرة في المجتمع العلاجي. اذ يتم قطع روابطه بالعالم الخارجي، ولا يسمح له بتلقي مكالمات تليفونية، او ان يرسل او يتلقى اية خطابات ، إو ان يستقبل زوارا، او ان يغادر الموقع.

وخلال فترة العزلة، يعهد اليه بأدنى المهام في الجماعة مثل غسل الصحون وجمع القمامة وكنس الارض. ولا يسمح له الا بامتيازات ضئيلة. وعندما يبدأ النزيل في التعرف على نواحي ضعفه، ويسعى للاضطلاع بمزيد من المسؤليات، فانه يمنح مزيدا من الامتيازات، ويعهد اليه بالقيام بمهام افضل من السابقة، وتتزايد مكانته في المجتمع. واذا ما اتضح ان النزيل لا يتقدم

بشكل معقول، يتم خفض مكانته، وفقد للامتيازات والمسؤوليات التي كان قد حصل عليها.

تقييم فاعلية المجتمعات العلاجية

يبدو انه من الصعب اعطاء اي تقييم لدرجة فاعلية المجتمعات العلاجية. وقد تعرضت بالفعل هذه المجتمعات للعديد من اوجه النقد ومنها:

١ـ انها بصورتها التقليدية لا تتناول بالعلاج سوى عدد محدود من المدمنين.

٢ـ ان الملتحقين بهذه البرامج لابد وان تكون الدافعية لديهم للتخلص من الادمان قوية، وهي خاصية يفتقدها كثير من المدمنين عادة .

٣ـ ان حوالي ٧٥٪ ممن يلتحقون بالمجتمعات العلاجية يتركونها خلال شهر واحد.

٤ـ هناك إفتراض بأن هذه المجتمعات تنتقي من تقبلهم للاشتراك في برامجها، وهذا في حد ذاته يحد من قدرتها على ان تكون عنصرا فعالا في مواجهة مشكلة الادمان المتزايدة الانتشار.

٥ـ ويبدو ان هذه المجتمعات مكلفة بالنسبة للفرد الواحد، مما يعني انها غير عملية في مواجهة اعداد كبيرة من المدمنين.

ثانيا: مراكز العلاج من الادمان على الافيونيات (المورفين والهيروين)

من المعروف ان الادمان على الهيروين يمثل مشكلة ضخمة من وجهة ان المرء ما ان يعتاد على تعاطيه حتى تصبح هناك صعوبة في التخلص منه. وترتفع بحدة نسبة الانتكاس عقب تحقيق قدر من التقدم في طريق الشفاء. ولهذا قام اتجاه يرمي الى تزويد المدمن بجرعة مساندة يومية من الهيروين عن محاولة انسحابه من تناول ذلك العقار. ويستهدف هذا الاسلوب بذلك ايضا تجنب استغلال المدمن من قبل موزعي المخدرات، وعدم اضطراره - في بعض الاحيان - الى اللجوء لصور سلوكية لا اجتماعية في محاولات الحصول على هذا العقار.

وقد طبق هذا الاسلوب في بريطانيا بقدر من النجاح كما يبدو، الا ان الموقف ليس كذلك في الولايات المتحدة حيث تقوم معارضة ضخمة ضد استخدام مثل هذا الاسلوب الذي يقوم على اساس ان تتولى الدولة تزويد المدمن بجرعة يومية من الهيروين.

ومع ذلك، يوجد في الولايات المتحدة برامج مماثلة للبرامج البريطانية، الا انه يتم وضع المدمن - في الولايات المتحدة - على جرعة من احد العقاقير التي تم تخليقها وهي الميتادون Methadone، وذلك بافتراض ان المدمن الذي يتعاطى جرعة يومية من الميتادون يمكنه بهذا التخلص من الاعتماد على احد العقاقير غير المشروعة.

وفي هذا الصدد، يمكن القول بأن البرامج المساندة المتبعة في الولايات المتحد تحل ادمان غير قانوني بآخر قانوني، مما يجعل الموقف عرضة للنقاش، خاصة وان الميتادون له ايضا اثاره الجانبية.

وتتشكل اهداف عيادات علاج الادمان على مشتقات الافيون (المورفين والهيروين) باستخدام الميتادون في ثلاث مراحل:

١ـ المرحلة الاولى: وفيها يتم وضع المدمن على جرعات معينة من الميتادون.

٢ـ المرحلة الثانية: وفيها تتناقص جرعات الميتادون التي تعطى للمدمن.

٣ـ المرحلة الثالثة: ويستمر خلالها المريض في تلقي العلاج بدون استخدام العقاقير.

وعلى هذا ، يوضع المريض في بادىء الامر على جرعة من الميتادون في سائل مائي محلى مرتين يوميا عن طريف الفم، وبحيث تكون الجرعة كافية فقط لقمع حدوث مظاهر الامتناع عن الافيونيات. ويكفي لهذا الغرض استخدام ملليجرام واحد من الميتادون مكافئا في فاعليته لثلاثة او اربعة ملليجرامات من المورفين او ملليجرام واحد من الهيروين.

ولكن اذا لم نكن متأكدين من مستوى الجرعة التي كان قد ادمن عليها المريض، ينبغي البدء بجرعة اولى قدرها ١٠ ملليجرام من الميتادون، ثم تعدل الجرعة بعد ذلك وفقا لمستوى استجابة المريض. ويكفي في معظم الاحوال اعطاء المريض جرعة ميتادون قدرها من ١٠ الى ٢٠ ملليجرام مرتين يوميا عن طريق الفم.

وبعد تقنين جرعات الميتادون ينبغي العمل على التوقف التدريجي لتعاطي هذا العقار، من خلال الخفض التدريجي له على مدى من ثلاث

الى عشرة ايام. وينبغي ملاحظة انه بعد بضعة ايام عقب آخر جرعة من الميتادون فان المريض قد يشكو من آلام عامة وضعف وفقد للشهية واضطراب النوم لمدة اسابيع. ولهذا فان الامر يقتضي نوعامن الاساليب العلاجية المساندة.

ومع ان التحرر من سيطرة العقاقير هو هدف علاجي، فلا بد من التوضيح للمرضى بأن احتمالات الانتكاس قائمة سواء خلال العلاج بالميتادون او بعد التحرر من الميتادون. وانه يمكن التغلب على حالة الانتكاس من خلال المشورة والارشاد الذي يقدم لهم، ومن خلال العودة الى الخضوع لبرنامج العلاج بالميتادون مرة اخرى لمدة قصيرة اذا تبين ان ذلك ضروريا. كما يتم توجيه المرضى الى ان الانتكاس مسألة لا تتضمن مساوىء أخلاقية، ومن ثم ينبغي ابلاغ المعالج عنها حتى يمكن تقرير الاسلوب العلاجي المناسب.

والنقد الاساسي الموجه الى هذا الاسلوب العلاجي هو درجة المخاطر التي يتعرض لها المرضى في تركهم بدون اية عقاقير، وخاصة بعد الخضوع فترة قصيرة من الزمن للعلاج بجرعات مساندة من الميتادون.

ويبدو ان نسبة كبيرة من الحالات التي عولجت بهذا الاسلوب قد عادت الى اساءة استخدام المشتقات الافيونية. ولعل هذا يثير تساؤلات حول ما اذا كان استمرار الاتصال بالمريض للاغراض العلاجية، وحيث يمكن اكتشاف الانتكاس في وقت مبكر ومواجهته، يمكن ان يجعل النذر العلاجية افضل؟؟

والتساؤلات الاخرى متعلقة بمصير اولئك المرضى الذين يقلعون فعلا عن تعاطي اية عقاقير، ويصبحون متحررين من تلك العقاقير. بمعنى انه عندما

يصبح المريض متحررا من العقار، فهل يفرض ذلك عبئا ضخما عليه، مؤديا به الى صور مرضية اجتماعيا، باعتبار انه سوف يبدأ مرة اخرى في الحياة وهو ذو قدرة ضعيفة على مواجهة عوامل الضغوط المختلفة، بسبب طبيعة شخصيته المضطربة؟؟ وفي هذا الصدد، تشير بعض البحوث الى ارتفاع ملحوظ في تزايد تعاطي الكحول بين مثل هؤلاء المرضى يبدا مع تعاطيهم الميتادون، ثم يستمر بعد ذلك الى ما بعد تحررهم من العقاقير .(Arnon et al,1978.P339)

ثالثا: وحدات علاج

سوء استخدام العقاقير من غير الافيونيات

توجهت معظم الجهود في مجال مكافحة الادمان في المجتمعات الغربية الى توفير امكانيات علاجية لمواجهة مشكلة الادمان على الهيروين، نظرا لتزايد انتشار اساءة استخدام هذه المادة بصورة رهيبة. وفي مقابل ذلك، فان الجهود العلاجية الهادفة لمواجهة الادمان على عقاقير اخرى مثل مركبات الباربيتوريت والامفيتامينات وعقاقير الهلوسة كانت ضعيفة.

ونجد حاليا ان معظم المؤسسات العلاجية - في المجتمعات الغربية - الموجهة نحو علاج المدمنين على مواد غير افيونية، انما هي للتدخل في الحالات الطارئة Crisis-Intervention Centers والتي تقدم خدمات طبية ونفسية قصيرة المدى للحالات الطارئة، مثل ما قد يحدثه تعاطي جرعة زائدة من عقاقير الهلوسة من نوبات ذهانية(مظاهر من المرض العقلي)، او دخول متعاطي عقاقير الهلوسة في عالم مخيف، او حدوث نوبة ذهانية ناتجة عن تعاطي جرعة زائدة من احد العقاقير التي تعمل على تنبيه الجهاز العصبي المركزي مثل الامفيتامينات او الكوكايين.

ويعمل كثير من هذه المراكز في ارتباط مع اقسام الطوارىء بالمستشفيات، في حين يعمل البعض الآخر كعيادات مستقلة. هذا، وقد ظهرت في السنوات الاخيرة مراكز تقدم خدمات طويلة الامد بالاضافة الى خدمات الطوارىء.

رابعا: خدمات العيادات الخارجية

Drug-Free Outpatient Services

قامت في السنوات الاخيرة محاولات لمساعدة المدمنين من خلال تزويدهم في العيادات الخارجية بخدمات مثل العلاج النفسي والارشاد النفسي والتدريب المهني. ولا تقر هذه البرامج استخدام الميتادون كبديل علاجي للهيروين.

ويتفاوت تفاوتا كبيرا مدى وطبيعة المساعدات التي تقدمها هذه البرامج. اذ ان بعضها مقنن يعتمد على تقديم مجموعة من الخدمات المتكاملة مثل الرعاية الطبية والنفسية، الارشاد الفردي، الارشاد الجمعي، التوجيه الاسري، التأهيل المهني. هذا في حين ان البعض الآخر من هذه البرامج يدار بأسلوب غير مقنن، مع قليل من الخدمات المهنية المتاحة في تلك العيادات.

ولا توجد حاليا معلومات كافية تمكن من تقييم نتائج علاج حالات الادمان بالعيادات الخارجية. ويبدو ان مثل هذا الاسلوب اكثر فاعلية في حالة الشباب ممن استخدموا العقاقير كنوع من التجريب، وليس في حالة عتاة المدمنين.

خامسا: الايداع القهري في مؤسسات علاجية

يطبق هذا الاسلوب اساسا على المرضى المدمنين على الهيروين. ويتضمن العلاج في تلك المستشفيات او المراكز مراحل ثلاث هي:

١- العمل على انسحاب المدمن من الهيروين، باعطائه جرعات معينة من المورفين تتناقص تدريجيا. ويستغرق ذلك عادة من اسبوع الى اسبوعين.

٢- يتبع ذلك مرحلة من الرعاية المكثفة بالاقسام الداخلية للمستشفى او المركز.

ويظل المريض طوال هاتين المرحلتين معزولا عن بيئته السابقة وبعيدا عن كل مصادر المخدرات. وتقدم له بعض الصور العلاجية مثل العلاج الفردي والعلاج الجمعي والعلاج الاسري تمهيدا لاطلاق سراحه وعودته الى المجتمع مرة اخرى.

٣- واخيرا، وعند تدعيم امكانية مواجهته لظروف الحياة العادية، يعاد الى مجتمعه الاصلي، حيث يخضع لفترة من العلاج بالعيادة الخارجية، ويستمر في تلقي العلاج الارشادي وخدمات التأهيل.

وتشير بعض التقارير الى انه بالرغم من ان هذا الاسلوب العلاجي لا يؤدي الى نتائج ملموسة في المدى الطويل، فانه قد نجح - على الاقل - في استبعاد عدد كبير من المدمنين من الشارع. ومع ذلك، فمثل هذه المكاسب وقتية، اذ حلما تتحسن حالة المرء ويسمح له بالعودة الى مواقعه الاصلية، فانه يعود مرة اخرى الى سابق عهده بالادمان.

الفصل الثاني

المهبطات Depressants

الافيون ومشتقاته ـ الكحول

المهدئات



الادمان على الافيونيات
(المورفين ـ الهروين)

الافيون ومشتقاته

عرفت بلاد ما بين النهرين منذ سنين عديدة قبل الميلاد، اي ما بين ٨٠٠ إلى ٢١٢٠ سنة قبل الميلاد، نباتات ذات تأثير على العقل، مثل حشيشة ست الحسن، ونبات الخشخاش، ونبات القنب، ونبا السيكران. وتشير الكتابات الى استخدام حشيشة ست الحسن كمضاد للتقلصات، وان الجرعات الكبيرة منها تحدث حالة من الهياج وفقد الشعور. وكان يشار الى الحشيش باعتباره العقار الذي يذهب بالعقل. وكان يستخدم طبياً استخداماً خارجياً لعلاج المرضى الذي يفتقدون السيطرة على اطرافهم السفلى. كما كان يوصف للتعاطي الداخلي للمرضى الذين يعانون من امراض بدنية ونفسية، بما في ذلك علاج آلام الشعب الهوائية، وحالات سلس البول، وصعوبة الولادة، وعلاج بعض الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والارق.

وتشير الآثار المصرية القديمة الى مجموعة من النباتات ذات الفاعلية المؤثرة على العقل مثل حشيشة ست الحسن. كما ذكرت الافيون والداتورة منذ حوالي ١٠٠٠ الى ١٥٠٠ سنة قبل الميلاد. الا انه لم يأت اي ذكر لنبات القنب (Davidson, 1978).

ويعتقد الباحثون ان نبات الخشخاش كان يزرع في الشواطىء الشرقية للبحر الابيض المتوسط. وكان السوماريون يشيرون الى نبات الخشخاش باعتباره «نبات السعادة» كما كان يُسمى «نبات الحياة».

وقد وردت اقدم اشارة الى الاستخدام الطبي للأفيون في رسالة طبية تعود الى القرن السادس عشر قبل الميلاد. وهي تشير الى الافيون باعتباره يعمل على تهدئة الطفل الذي يبكي. وهو امر شاع في الاستخدام بالولايات المتحدة خلال القرن التاسع عشر الميلادي.

وقد انتشر الافيون في اليونان. وقد جاءت تسمية الافيون من الكلمة اليونانية Opion والتي تعني شجرة الخشخاش. وقد وصف الطبيب اليوناني «جالين» الافيون كعلاج للعديد من الامراض مثل الصرع وعضة الثعبان والحمى والميلانكوليا (الاكتئاب). ويبدو ان الافيون كان يستخدم ايضاً في طهي الحلوى. فقد وصف «جالين» حلوى وكعك الافيون، وانهما كانا واسعا الانتشار.

وببذوغ عصر النهضة في اوروبا اخذت تعاليم الطب العربي والاغريقي في صياغة العلوم الطبية في اوروبا، الامر الذي جعل الافيون واحداً من اهم العقاقير المستخدمة طبياً في اوروبا. وكانت مستحضرات الافيون، مثل اقراص الافيون وصبغة الافيون، تباع بأسعار زهيدة بدون وصفة طبية، وساد اعتقاد بان الافيون ترياق وعلاج لجميع الامراض.

وقد ذكر الطبيب الانجليزي المشهور توماس سيدنهام Thomas Sydenham عام ١٦٧٠ انه لا وجود للطب بدون الأفيون. وقد ابتكر سيدنهام دواء مستحضراً من الأفيون يوصف لعدد من الامراض. وقد اصبح هذا الدواء ـ في فترة من الفترات ـ العلاج الأساسي في الجزر البريطانية (Fuqua, 1978).



لوحة من لوحات قدماء المصرية تشير إلى إهتماماتهم بالقيمة العلاجية لبعض انواع النباتات وما يمكن ان تحدثه من تأثيرات نفسية.

وكان استخدام الافيون والمركبات الافيونية يلقي قبولاً اجتماعياً بالاضافة الى القبول الطبي. ومع ذلك، فيمكن افتراض وجود اعداد كبيرة من ضحايا المركبات الافيونية بدون ان يتم اكتشاف ان حالاتهم تعود الى مشكلة الادمان.

ومنذ منتصف القرن التاسع عشر بدأت تفرض القيود على الاتجار بالعقاقير، ليس بسبب انها تؤدي الى الاعتماد والادمان وانما لإمكانية احداثها لحالة من السكر (التسمم العقاقيري)، الامر الذي يجعلها ذات جاذبية لمن لديهم ميول تخريبية عدوانية. وهكذا، صدر في انجلترا عام ١٨٦٨ قانون ينظم الاتجار بعدد من العقاقير، بما في ذلك الافيون ومستحضرات الافيون (Teff, 1975).

زراعة شجرة الخشخاش

يمكن ان تنمو شجرة الخشخاش Papaver somniferum في جميع انحاء العالم على امتداد يقع من خط الاستواء الى ٥٦ درجة شمالاً. ويمكن ان تزرع في اي نوع من التربة، على اي ارتفاع، شأنها شأن زراعة المحاصيل الزراعية العادية.

ويصل طول شجرة الخشخاش الى ثلاثة او اربعة اقدام، ذات ازهار كبيرة يصل قطر بعضها الى اربعة او خمسة بوصات. تتراوح في لونها من ابيض صافٍ الى احمر غامق او قرمزي.

ويمكن زراعة من ٤٠,٠٠٠ إلى ٦٠,٠٠٠ شجرة في الفدان الواحد عندما تكون الظروف ملائمة، تعطي كمية من الافيون حوالي عشرة كيلوجرامات، وهي كمية من الافيون تكفي لتصنيع كيلوجرام واحد من الهيروين.

ويتم جمع الافيون من خلال احداث شقوق غير عميقة في اكياس بذور النبات بسكين خاص بذلك لعمق بضعة ملليمترات. ويتم ذلك عادة في وقت متأخر من بعد الظهر او عند بداية المساء.

وتخرج عصارة لبنية بيضاء من هذه الشقوق خلال الليل، تتحول بعد ذلك الى لون بني من مادة لزجة. وتمثل هذه الكتلة اللزجة الافيون الخام. ويعود المزارعون صباح اليوم التالي ويجمعون هذه المادة بواسطة سكين غير حاد (Fuqua, 1978).

ويحتوي الافيون على مجموعة من القلويات من اهمها نوعان من القلويات هما: Benzylisoquinoline, Phenantherene .

ويعتبر الفينانترين هو الاكثر اهمية حيث يحتوي على المورفين والكودايين. ويمثل المورفين ١٠٪ من وزن الافيون، بينما يمثل الكودايين ٠,٥٪ من وزن الافيون (Wilker, 1972).

المورفين

قام كيميائي الماني هو فردريك سيرترنر Sertürner بعزل المورفين من الافيون في عام ١٨٠٤. وقد اطلق على هذه المادة تلك التسمية نسبة الى إلاه الاحلام عند الاغريق «مورفيس» Morpheus. وتبلغ فاعلية المورفين عشرة اضعاف فاعلية الافيون. وقد تبين ان هذا الاكتشاف ذو حدين. فالمورفين قاتل للألم، الا انه يؤدي الى الادمان.

ولقد كان المورفين شائع الاستخدام في الادوية المباحة، وذلك قبل ان يتم التعرف على خصائصه الادمانية. وفي اواسط القرن التاسع عشر بُدأ في استخدام المورفين كحقن تحت الجلد، ثم استخدم عن طريق الحقن في الوريد مباشرة للتخفف من حدة الالم. ولقد كان الجنود المصابين في المعارك خلال الحرب الاهلية الامريكية، واولئك الذين يعانون من الدوستناريا يعالجون بالمورفين.

ويمثل عام ١٨٥٣ نقطة تحول هامة في تاريخ استخدام واساءة استخدام المخدرات. اذ انه حتى ذلك التاريخ كان يتم تعاطي المورفين عن طريق الفم، ومن ثم فقد كان تأثيره يضعف. ولكنه عندما استحدث الكسندر وود « Alexander Wood » في ذلك العام اسلوب الحقن تحت الجلد، ادى ذلك الى زيادة كبيرة في تأثير المورفين. وقد كانت زوجة «وود» هي اولى ضحايا حقن المورفين تحت الجلد، فقد توفيت بسبب تعاطي جرعة زائدة منه.

تصنيع المورفين

عملية تحويل الافيون الخام الى مورفين عملية سهلة لا تتطلب مهارة كبيرة او ادوات كثيرة. ويتم خلالها تسخين قدر من الماء، يضاف اليه الافيون الخام، ويقلب المزيج الى ان يذوب الافيون تماما. ويضاف بعد ذلك الكلس العادي حتى تستقر شوائب الافيون في القاع، بيما يظل المورفين ذائباً في المحول. ثم يتم ترشيح هذا المحلول وتسخينه مرة اخرى. ويضاف النوشادر، ويرشح مرة ثانية ثم يجفف. وعقب تجفيفه تكون كمية المادة المستخرجة مكافئة ١٠٪ من كمية الافيون الخام المستخدم في العملية.

فاعلية المورفين

ان تأثير المورفين الذي له اهميته الاكلينيكية هو ذلك الذي يتم من خلال الجهاز العصبي المركزي، حيث يمارس المورفين تأثيراً كافاً وكذلك تأثير من الاستثارة له. ويمكن تلخيص بعضاً من هذه الفاعلية فيما يلي:

١ ـ يؤدي تأثير تعاطي جرعة مفردة من المورفين للانسان الى اطلاق الهرمون الحافز لقشرة الغدة الادرينالية Adrenocorticotrophic hormone (ACTH)[1]. الا انه يتم كف انتاج هذا الهرمون خلال التعاطي المزمن للمورفين.

---

(١) يفرز الفص المقدمي للغدة النخامية الهرمون الحافز للحاء الغدة الادرينالية (الموجودة فوق الكلية) واختصاره ACTH وذلك عندما يتعرض الكائن الحي لمواقف الشدة Stress او الضغوط (الانعصاب). ومن نماذج مواقف الشدة هذه التعرض لتغيرات جوية مفاجئة أو لجرح او نزيف او عدوى جرثومية او مواقف انفعالية وظروف نفسية حادة. ويعمل هرمون ACTH على حفز لحاء الغدة الادرينالية لافراز الكورتيزون وغيره من المركبات حتى يمكن للكائن الحي ان يواجه مواقف الشدة والانعصاب هذه.

٢ ـ ويعمل المورفين على خفض انتاج انزيم الكولين استيراز Cholinesterase[1]. كما يعمل على خفض تحرير الاستيل كولين، وعلى كف اطلاق ناقلات التنبيه العصبي السمبثاوية.

٣ ـ يؤدي التعاطي المتكرر للمورفين الى زيادة في تركيز النورابنفرين في المخ.

٤ ـ وبسبب وجود نوع من التماثل بين آثار الجرعات المسكنة من المورفين، وآثار عملية فصل الالياف العصبية في المنطقة قبل المقدمة Prefrontal lobe ، من حيث خفض الاستجابة الوجدانية بدون اعاقة للقدرة على تمييز المنبهات المؤلمة، فقد تم استنتاج ان المورفين يمارس تأثيراً كافا على التوصيل في المسارات المقدمية الثلاموسية Frontothalamic pathways.

٥ ـ ويعمل المورفين على تنبيه الهيبوتلاموس Hypothalamus[٢] . مما يؤدي الى افراز الهرمون المضاد لادرار البول.

---

(١) من المعروف ان الاستيل كولين هو من ناقلات التنبيه العصبي، الا انه ينبغي التخلص من هذا المركب مباشرة بعد ادائه لوظيفته هذه والا سوف تظل الخلية العصبية في حالة من التنبيه المستمر. ويزول الاستيل كولين بسرعة من مواقع فاعليته عن طريقين اولها عن طريق الانتشار، وثانيهما من خلال فاعلية انزيم معين هو الكولين استيراز Cholinesterase الذي يعمل على فصل الاستيل كولين الى كولين Choline وحامض اسيتيك Acetic Acid ، بحيث يصبح الكولين جاهزاً لتكوين استيل كولين آخر، ثم يعمل انزيم كولين استيراز على فصله مرة اخرى الى مادتيه الأوليين وهكذا. (انظر كتاب علم النفس الفسيولوجي. د/ عزت سيد اسماعيل. وكالة المطبوعات. الكويت ١٩٨٢ ص ١١١).

(٢) لا بد لنا ان نشير اولاً الى ان «التلاموس» Thalamus كلمة يونانية تشير الى نمط من الغرف. وقد استخدم الرومان هذا اللفظ لأنهم كانوا يعتقدون ان هذا الجزء من المخ اجوف ومن ثم يماثل الغرفة.

ويقع الهيبوتلاموس تحت البطين الثالث اسفل التلاموس. وهو منطقة صغيرة من المادة السنجابية الا انها هامة جدا، مرتبطة ارتباطاً وظيفياً وتركيبياً وثيقاً بالغدة النخامية. ويتلقى الهيبوتلاموس امداداً غزيراً من الدم عن أي تركيب آخر من المخ. =

٦ ـ ويعمل المورفين على زيادة حساسية الهيبوتلاموس المقدمى للحرارة ـ عند الكلاب ـ مما يؤدي الى انخفاض درجة حرارة جسم الحيوان.

٧ ـ ويؤدي المورفين الى زيادة نسبة السكر في الدم من خلال تحرر الابنفرين Epinephrine بسبب استثارة العقار للهيبوتلاموس المؤخري عند حيوان التجريب.

٨ ـ ويعمل المورفين ـ في حالة الفئران والارانب ـ على رفع مستوى عتبة الاحساس الخاصة باستثارة جهاز التنشيط الشبكي الصاعد Asceding reticular activating system[(١)] .

٩ ـ ويمارس المورفين تأثيرات أو آثار جانبية مثل اندفاع الدم للوجه (التورد)، والحكة في الجلد ـ وذلك في حالة حقن المورفين عن طريق الوريد بصفة خاصة ـ وتعود تلك الاعراض الى انطلاق الهستامين. كما يمكن ان يؤدي المورفين الى حدوث امساك بسبب تناقص الحركة الدودية للامعاء.

١٠ ـ ومن آثار الجرعة المفردة للمورفين بغض النظر عن اسلوب التعاطي: انقباض انسان العين، انخفاض معدل التنفس، انخفاض ضئيل في درجة حرارة الجسم، انقباض العضلة العاصرة.

= ويعتبر الهيبوتلاموس احد اهم المناطق في المخ لضبط العديد من الوظائف اللاإرادية للجسم التي تُسمى Végetative functions. فالمراكز المختلفة للهيبوتلاموس مرتبطة بوظائف هامة مثل تنظيم توازن الماء بالجسم، ودرجة حرارة الجسم والشهية للطعام، وبعض وظائف الجهاز الدوري، ومحتوى الاملاح في سوائل الجسم، والنشاط المعدي المعوي، وحالتي النوم واليقظة، كما ان به مراكز للذة والالم او الثواب والعقاب وهي مراكز لها دور اساس في سلوك الانسان ومن اهم احد ضوابط نشاط الكائنات الحية.

(١) جهاز التنشيط الشبكي هي منطقة في جذع المخ تتميز بمزيج من المادة السنجابية والبيضاء متداخلة في شكل شبكي. ويتدخل هذا الجهاز في استجابة اليقظة، كما يعمل كجهاز تنشيطي عام للحاء المخ.

هذا، ويصل تأثير الجرعة المفردة من المورفين الى قمته بعد حوالي ٢٠ دقيقة من الحقن في الوريد، وعقب ساعة بعد الحقن تحت الجلد. ويستمر هذا التأثير مع نوع من التناقص التدريجي لمدة من اربع الى ست ساعات.

ويعتمد تأثير جرعة المورفين ـ في الانسان ـ على عدد من العوامل مثل الخبرة السابقة للشخص بالعقار، وجود او غياب الالم، الظروف التي تتم خلالها عملية التعاطي، عوامل معينة من خصائص الشخصية لم يتم التعرف عليها.

ومن الدراسات التجريبية، فان الشخص الذي لا يعاني من الالم، والذي ليس له تاريخ سابق في الادمان على المخدرات، فان المورفين يحدث حالة من سوء الحال Dysphoria راجعة الى مشاعر الغثيان والدوار، والاحساس بتغيّم الحالة العقلية.

وبالنسبة لبعض الحالات ممن لا يعانون من الالم، ولهم تاريخ سابق في الادمان على المخدرات لكنهم لا يتحملون المورفين، فان حقن جرعة واحدة من المورفين عادة ما تحدث حالة من حسن الحال، حتى وان تقيأ المتعاطي وكشف عن شحوب خطير في الوجه. واذا ترك هؤلاء الاشخاص وشأنهم فانهم سوف يمرون بحالة من النعاس، ولكن يمكن ايقاظهم منها بسهولة. او قد يكشفون عن طاقة غير معتادة في تنفيذ المهام التي يعهد بها اليهم. وتظل حواسهم سليمة، ولا تتأثر مهاراتهم بشكل محلوظ.

ويحدث المورفين حالة من حسن الحال بسبب التخفف من مشاعر الالم والانزعاج على حالتهم، وذلك بالنسبة لمن يعاني من الألم.

ويفضل المدمنون في الولايات المتحدة استخدام الهيروين عن المورفين، الا ان الدراسات قد فشلت في التعرف على الأساس في هذا التفضيل.

اذ عند استخدام - من خلال الحقن في الوريد - جرعات متكافئة من حيث الفاعلية لكل من المورفين والهيروين (١,٨ إلى ٢,٦٦ مللي جرام من المورفين = ١ مللي جرام هيروين)، نجد ان الزمن الذي يستغرقه كلا العقارين في ظهور تأثيره متماثل من حيث حالة من حسن الحال، العصبية، الاسترخاء، النعاس، النوم. ومع ذلك فان المدمنين يستطيعون اقامة تمايز بين الهيروين والمورفين في حالة التعاطي من خلال الحقن بالوريد وليس عقب حقنهم تحت الجلد. الا انه من الصعب الوقوف على الأساس في هذه القدرة على مثل هذا التمايز.

التسمم الحاد من المورفين

لم يمكن حتى الآن تحديد الحد الأدنى من جرعة المورفين التي يمكن ان تكون مميتة. فالوفاة قد حدثت عقب تعاطي ٦٠ مللي جرام من المورفين. ومع ذلك فقد ورد ذكر حالة ـ من غير المدمنين ـ شفيت عقب تعاطي ٧٦٠ مللي جرام من المورفين عن طريق الوريد بعد ان خضعوها لنوع من العلاج المكثف.

وتتصف حالة التسمم بالمورفين بعدم استجابة ملحوظة، بطء التنفس او نوابيته، انخفاض ضغط الدم، انخفاض درجة حرارة الجسم، انقباض انسان العين. وفي حالات التسمم الشديد جداً قد يتسع انسان العين، وقد تختفي المنعكسات، وقد تبدو زرقة ملحوظة، وقد يسرع النبض ويكون ضعيفاً.

التسمم المزمن من المورفين

تحدث ظاهرة التحمل مع تكرار تعاطي المورفين مرتين او اكثر يومياً. ويحدث تناقض لحالات حسن الحال، وكذلك لحالات التخفف من الألم والقلق إن وجد، ويتناقص انقباض العين بسرعة اقل. ويستمر ـ بصفة دائمة ـ حدوث تقلص العضلات الملساء وما يصاحب ذلك من امساك. ويتعرض انتاج الهرمون الحافز لقشرة الغدة الادرينالية ACTH لحالة مستمرة من التناقص. وبالنسبة للحياة الجنسية فان الذكر يصبح فاقد للقدرة الجنسية، ويكف حدوث الدورة الجنسية للأنثى.

وقد تؤدي زيادة جرعة المورفين الى استعادة التأثير الأساسي للعقار بشكل جزئي. الا ان هناك من المدمنين من يزيد الجرعة اليومية الى ٥ مللي جرام او اكثر في محاولة لاستعادة مشاعر حسن الحال، ولم يكتب لهم النجاح في تحقيق ذلك الا بشكل جزئي وعابر. ويبدو انه ما ان تحدث درجة كبيرة من التحمل والاعتماد البدني، تصبح الحالة الانفعالية السائدة لدى المدمن هي سوء الحال، كما يعاني من القلق ومشاعر الاثم، ويصبح الدافع الاساسي للاستمرار في التعاطي هو التغلب على الاعراض المصاحبة للامتناع.

التحمل والاعتماد البدني

عندما يتم حقن المورفين خلال فترات منتظمة متعددة، فان بعضاً من تأثيراته ـ والتي هي أساسا تأثيرات مهبطة ـ تتناقص تناقصاً مضطرداً من حيث شدتها، الامر الذي يستلزم جرعة اكبر لاحداث تأثير مماثل للتأثير السابق. ويصاحب هذا التزايد في درجة الاحتمال حدوث اعتماد بدني، والذي يصبح ملحوظاً في حالة الانسحاب الفجائي من تعاطي العقار. وبصفة عامة، تتصف زملة التوقف عن التعاطي (زملة الامتناع) Withdrawal syndrome بنشاط زائد مؤقت لتلك الوظائف التي كان يكفها المورفين.

وتتوقف سرعة حدوث ظاهرة التحمل والاعتماد البدني وشدتها على مستوى تكرار ومدة تعاطي المورفين ومقدار الجرعة اليومية التي يتعاطاها المرء قبل التوقف الفجائي عن التعاطي.

وتحدث ظاهرة التوقف عن التعاطي او زملة الامتناع ـ في حالة الانسان ـ عقب التوقف الفجائي لتعاطي المورفين بعد اسبوعين من تعاطي جرعة مقدارها من ١٥ إلى ٢٠ مللي جرام من العقار اربعة مرات يومياً.

كما يمكن حدوث زملة الامتناع خلال حقن جرعة صغيرة من مناهضات المورفين مثل النالورفين Nalorphine او الليفالورفان Levallorphan. وقد امكن الكشف عن ظاهرة التوقف عن التعاطي باستخدام هذا الاسلوب عقب حقن ١٥ مللي جرام من المورفين او جرعات مكافئة من الهيروين او الميثادون اربعة مرات يومياً لمدة يومين او ثلاثة.

ظاهرة الامتناع (التعفف والزهد) Abstinence phenomena

تحدث زملة الامتناع عند التوقف فجأة عن التعاطي وذلك عقب فترة من تكرار حقن المورفين. وهي زملة تحدث عادة بشكل نمطي. وتحدث الاعراض بعد مدة من ١٢ إلى ١٦ ساعة عقب آخر جرعة. ونذكر من هذه الاعراض: التثاؤب، سيلان المخاط من الانف، جريان الدموع، اتساع انسان العين، العرق، انتصاب الشعر، عدم الاستقرار.

ثم تحدث بعد ذلك اعراض اخرى منها: آلام وتقلصات في العضلات، قيء، اسهال، فقدان الشهية، افراز العرق بغزارة، ارتفاع ضغط الدم، ارق. زيادة كبيرة في افراز الهرمون الحافز لقشرة الغدة الادرينالية ACTH من الغدة النخامية، زيادة ملحوظة في نزيف الدم خلال الدورة الشهرية للأنثى.

وتصل هذه الاعراض الى قمة شدتها خلال اليوم الثاني او الثالث عقب آخر جرعة من المورفين او الهيروين مصحوبة بتغييرات سلوكية عديدة. وتتناقص الاعراض بسرعة خلال الاسبوع التالي. إلا ان المرء لا يصل الى حالة ثابتة الا بعد ستة شهود او اكثر.

واذا حدث خلال هذه المرحلة من الامتناع ان تعاطي المرء جرعة مفردة من المورفين، فان كل هذه الاعراض المصاحبة للامتناع سوف تختفي، الا

انها تعود مرة اخرى خلال فترة زمنية من اربع الى ست ساعات وبنفس الشكل الذي عليه قبل تعاطي هذه الجرعة الأخيرة مباشرة.

ومن المعروف ان زملة الامتناع التي لا يتم غلاجها لا يمكن ان تؤدي الى الوفاة. الا في حالات وجود مرض في القلب او تدرن رئوى متقدم، او اية امراض اخرى محدثة حالة من الضعف البدني.

ويمكن القول بصفة عامة ان زملة الامتناع التي تعقب التوقف عن تعاطي المدمن لصور اخرى من الأفيونيات (مثل الهيزوين) هي مماثلة لزملة الامتناع عن التعاطي للمورفين. ومع ذلك، فان زملة الامتناع التي تحدث عقب التوقف الفجائي عن تعاطي الميثادون Methadone ـ وذلك في حالة المدمن المعتمد بدنيا على هذا العقار والذي ظهرت لديه اعراض التحمل ـ تكون هذه الزملة اخف بكثير من تلك التي تحدث في حالة المورفين الا انها تدوم فترة اطول. وعلى هذا فان المدمن على الميثادون سوف يكشف عن آلام في العضلات والعظام، سهولة الاستثارة، اضطراب النوم، فقدان الشهية للطعام، وذلك لاسابيع عديدة عقب التوقف الفجائي عن تعاطي الميثادون.

وتشير الدراسات الى انه على النقيض من الآراء التي كانت سائدة من قبل، فان زملة الامتناع عن كل من المورفين والهيروين متماثلتان من وجهة زمن بدء ظهور هاتان الزملتان، وشدتهما، ومعدلات التناقص فيهما، شريطة ان يكون مستوى الجرعات اليومية التي اعتاد عليها المدمنون مماثلة من حيث فاعليتها.

ويمكن حدوث زملة الامتناع بسرعة كبيرة لدى المعتمدين بدنياً على غالبية الافيونيات ويعانون من ظاهرة التحمل، وذلك من خلال حقنهم بمناهضات المورفين مثل (نالورفين) Nalorphine و(ليفالورفان) Levallorphan . وتتلخص زملة الامتناع في: تمدد حدقة العين Mydriasis،

العرق، انتصاب الشعر، سيلان المخاط من الأنف، جريان الدموع، التثاؤب. وتظهر هذه الزملة خلال بضع دقائق . واذا كانت جرعة المورفين التي تم تعاطيها كبيرة نسبياً، فان زملة الامتناع تكشف عن نفسها في صورة حادة قوية عقب لحظات من حقن المناهضات.

وتبدأ زملة الامتناع ـ في حالة المورفين ـ في التناقص بعد ٤٥ دقيقة من ظهورها. ولا يمكن ايقاف الاعراض خلال هذه الفترة الزمنية من خلال حقن الافيونيات، بل ان هذه الاعراض التي تم استثارتها قد تزداد حدة (Wilker, 1972, Pp. 992-997).

التشخيص[١]

قد يشير وجود آثار لابر الحقن، وجروح وريدية زرقاء، الى ان المرء قد استخدم الافيونيات من مصادر غير مشروعة في الماضي. كما ان وجود حالة من النعاس وقت الفحص الطبي يمكن ان يشير ايضاً الى احتمالات وجوده تحت تأثير الافيونيات. كما يمكن الكشف عن الافيونيات من خلال فحص البول اذا كان المرء قد تعاطى الافيونيات خلال الاربع وعشرين ساعة السابقة.

الا انه يمكن تقرير وجود حالة من الاعتماد البدني على الافيونيات من خلال حدوث زملة الامتناع فقط. ويمكن التعرف على ذلك بملاحظة الشخص خلال فترة من ٢٤ الى ٤٨ ساعة في بيئة خاضعة للسيطرة، اي خالية من امكانية تعاطي اي عقار.

---

(١) الهدف من التعرف على هذا الاسلوب التشخيصي ليس ممارسته عملياً وانما لتعميق نوع من الفهم حول موضوع الافيونيات.

ويمكن ـ ايضا ـ التعرف على حالة الاعتماد البدني والعمل على ظهور اعراض الامتناع بحقن الشخص بمناهضات (منازعات) المورفين. ومن الشائع لتحقيق هذا العرض حقن الشخص تحت الجلد بأحد عقارين وهما: Nalline, Nalorphine ولا ينبغي ان تزيد الجرعة الاولى عن ٣ ملليجرام. فاذا لم تظهر زملة الامتناع خلال ٢٠ دقيقة بعد الحقنة الاولى، يحقن بأخرى مقدارها ٥ ملليجرام. ويعطى جرعة ثالثة مقدارها ٧ ملليجرام اذا لم تكشف الاعراض عن نفسها خلال ٢٠ دقيقة اخرى. فاذا فشلت الجرعة الثالثة في اظهار زملة الامتناع اعتبر الاختبار سلبيا.

وفي هذا الصدد، ينبغي الاشارة الى انه لا يمكن اعتبار نتائج الاختبار ايجابياً ما لم تظهر زملة الامتناع بشكلها التقليدي. اذ ان تمدد الحدقة مثلاً قد يحدث لدى شخص مضطرب نفسياً غير مدمن يتلقى حقنة غير معتاد عليها (Wilker, 1972, P. 998).



شاع استخدام الكثير من الادوية المحتوية على كميات كبيرة من الافيون والمباح بيعها بدون قيود، مثل هذا الدواء المعلن عنه للجمهور لتخفيف حدة المتاعب التي يشعر بها الاطفال عند بدء ظهور اسنانهم.

الهيروين

قام باحث بريطاني يدعى «رايت» C.B. Wright في عام ١٨٧٤ بتحضير مادة افيونية من خلال غلي المورفين مع حامض الاستيك Acetic acid لعدة ساعات. وقد تبين في عام ١٨٩٠ ان هذا المركب الجديد يفيد المدمنين على المورفين. وقامت شركة باير - في حوالي ذلك الوقت تقريباً - بتسويق هذا المركب باعتباره يكف الكحة، واطلقت عليه شركة باير لفظ هيروين. وقد استخدم كبديل للمورفين في العديد من الادوية المباح استخدامها، ولعلاج الكثير من الامراض مما دعى الى تسميته «دواء الرب» God's own medicine .

ويوجد الهيروين Diacetylmorphine عادة في صورة بللورية تتباين من الابيض الى البني الغامق. ويتصف الهيروين المكسيكي برائحة قوية كرائحة الخل. ومفعول الهيروين اقوى من مفعول الافيون ٣٠ مرة.

ويتم تعاطي الهيروين من خلال الشم او الحقن او التدخين. ويكون التعاطي عن طريق الشم او التدخين في الدول التي يباع فيها الهيروين بصورة نقية نوعاً ما، وباسعار معتدلة. الا انه بالنسبة للدول التي لا يكون فيها الهيروين نقياً، وحيث يباع باسعار مرتفعة، فان التعاطي يتم غالباً عن طريق الحقن.

ويكفل اسلوب التعاطي عن طريق الحقن اقصى تأثير ممكن من هذا العقار. وتتم عملية حقن الهيروين باذابته في كمية قليلة من الماء، من خلال

تسخينه في وعاء صغير مثل الملعقة. وتتم عملية التسخين هذه باستخدام اعواد الثقاب او الولاعة. ثم يتم سحب المحلول من الحقنة من خلال قطعة من القماش او القُطن تخدم كمرشح للمحلول.

تأثير الهيروين

يتباين هذا التأثير ـ كما هو الحال في كافة انواع المخدرات من شخص لآخر، كما يتباين وفقاً للعمر والصحة الجسمية والظروف النفسية، ووفقاً لخبرة الشخص بالمخدر، والتوقعات بشأن ما يحدثه المخدر من تأثير، وطبيعة الظروف التي يتم خلالها التعاطي، ودرجة نقاء وتركيز المخدر. ومع ذلك فيمكن القول بحدوث تأثيرات معينة هي:

أولاً: الدَّفعة The rush

يبدأ المدمن ـ بعد حقن الهيروين في الوريد ببرهة ـ في ان يستشعر بدفعة او ومضة بسبب استجابة الجهاز العصبي بشدة للمخدر، وذلك اذا لم يكن قد تكونت لدية ظاهرة الاعتماد بشكل كبير لتأثير المخدر.

ويصف المدمن هذه الدفعة باعتبارها مشاعر غير عادية من اللذة، مماثلة في وجوه كثيرة لما يحدث خلال القذف في الاتصال الجنسي. الا ان هذه المشاعر تكون اكثر حدة وتتناول الجسد كله، وتستمر لفترة قصيرة.

ثانياً: عالم الغفوة (التسليم) The nods

ويستشعر المتعاطي حالة من حسن الحال والغبطة. وتزول احاسيس التعب والتوتر والقلق. ويسوده احساس بالاسترخاء والرضاء بديلاً عن مشاعر عدم الكفاية والنقص. وينفصل المتعاطي عما يحيط به، مهما كان ما يحيط به

مزعجاً او مؤلما. ويبدو المتعاطي خلال هذه المرحلة كما لو كان في حالة سبات ووهن.

ثالثاً: التغيرات الفسيولوجية

يؤدي الهروين - بالاضافة الى ما يحدث من تغير في الحالة المزاجية - الى انقباض انسان العين، وخفض في معدل التنفس وعمقه، وامساك. كما يعاني المتعاطي من كلا الجنسين من خفض في دافعية الجنس، ويتوقف حدوث الدورة الشهرية عند الاناث.

ويعبر الهيروين الحبل السري، الامر الذي يمكن ان يؤدي بالجنين الى اعتماد بدني اذا كانت الام الحامل مدمنة. ويتطلب الامر علاج الصغير عقب ولادته، والا فانه سوف يعاني من اعراض الانسحاب. واذا لم يبدأ العلاج فورا، فان ذلك قد يؤدي الى وفاته.

التحمل والاعتماد البدني والنفسي

تتكون لدى المتعاطي ظاهرة التحمل بسرعة. كما ينمو ايضاً الاعتماد البدني والنفسي بسرعة. ويكون نتاج كل ذلك حالة من الادمان تسيطر على حياة المرء.

وتتغير طبيعة علاقة المدمن بالمخدر بقيام ظاهرة التحمل Tolerance.

فما كان يحدث في بادىء الامر من نشدان اللذة، يتحول الى حالة من مواجهة الالم. اذ يسبب تعاطي الهيروين في اول الامر مشاعر حادة من اللذة، الا انه باستمرار تعاطي ذلك المخدر، وبتزايد حالة التحمل، تتناقص

مشاعر اللذة. وما لم يتعاطى المدمن المخدر كل بضع ساعات، فان اعراض الانسحاب سوف تظهر. ويصبح استخدام الهيروين عند هذه المرحلة ليس لاحداث حالة من حسن الحال والنشوة، وانما لايقاف المتاعب التي تنجم عن توقف فاعلية هذا العقار.

استخدام الهيروين مع عقاقير اخرى

وغالباً ما يستخدم المدمنون على الهيروين عقاقير اخرى بالاضافة الى تعاطيهم الهيروين. ومن بين هذه العقاقير مركبات الباربيتوريت وغيرها من المهدئات للعمل على زيادة تأثير الهيروين وكبديل له عند تعذر الحصول عليه. كما يعمد المدمنون الذين يرغبون في التوقف عن تعاطي الهيروين الى تناول مركبات الباربيتوريت للتغلب على اعراض الانسحاب.

ويتعاطى المدمن احياناً الكوكايين بالاضافة الى الهيروين. ويقال ان الكوكايين يعمل على زيادة تأثير المرحلة الاولى التي يحدثها الهيروين اي مرحلة الدُّفعة The rush.

ويستخدم بعض المدمنين الامفيتامينات حتى لا يدخلوا في مرحلة عميقة من السبات والوهن، ولكي تمدهم الامفيتامينات بطاقة تمكنهم من السعي للحصول على الجرعة التالية من المخدر.

وفي الواقع، فان المدمن على الهيروين على استعداد لتعاطي اي نوع من انواع المخدرات والعقاقير للحصول على الاحاسيس والمشاعر المطلوبة.

التوقف عن تعاطي الهيروين

تتبع الاعراض الناجمة عن التوقف عن تعاطي العقار نظاماً كالتالي:

أولاً: تتزايد حدة اعراض الانسحاب خلال الاربع والعشرين ساعة او الست والثلاثين ساعة الاولى، التي تعقب تعاطي آخر جرعة.

ثانياً: ثم تبدأ حدة اعراض الانسحاب في التناقص، خلال ثلاث ايام.

ثالثاً: تختفي معظم الاعراض الرئيسية للانسحاب خلال فترة زمنية من سبع الى عشرة ايام، في حين تظل اعراض معينة مستمرة لمدة تتفاوت من بضع شهور الى سنة، مثل: الارق، القلق، العصبية.

رابعاً: ومن المعتاد ان يستشعر المدمن بالحاجة الى تعاطي المخدرات بعد سنوات من توقفه عن التعاطي.

المصادر العالمية لتجارة الهيروين

يمكن تصنيف هذه المصادر كالتالي:

١ـ الاتصالات التركية ـ الفرنسية.

٢ ـ المثلث الذهبي Golden Triangle لجنوب شرق آسيا.

٣ ـ المكسيك.

أولاً: الاتصالات التركية ـ الفرنسية

تنمو شجرة الخشخاش منذ سنين عديدة في اواسط وغرب تركيا. وكان يتم تهريب قدر من هذا الانتاج عبر الحدود الى سوريا، حيث كان يتم تحويل الافيون الى مورفين بهدف العمل على خفض كميته حتى يسهل تهريبه بعد ذلك. ثم يتم تهريب المورفين الى مختبرات او مصانع الهيروين في جنوب فرنسا عبر البحر او عبر اوروبا.

وقد حرمت تركيا زراعة شجرة الخشخاش عام ١٩٧٢ كاستجابة لضغوط دبلوماسية، مما اثر على سوق تجارة الافيونيات. ثم سمحت تركيا بالعودة الى زراعة شجرة الخشخاش مرة اخرى في يوليو من عام ١٩٧٤، على ان يتم ذلك تحت رقابة حكومية صارمة.

ثانياً: المثلث الذهبي

يضم هذا المثلث مناطق من شرق بورما وشمال لاوس وتايلاند. وهي من

اكبر المناطق انتاجاً للأفيون، حيث يقدر انتاجها بحوالي من ٦٠٠ الى ٧٥٠ طن في العام. ويستهلك الكثيرون من سكان هذه المناطق جزءاً كبيراً من انتاجهم للأفيون، ويتم تحويل الباقي الى ما يُسمى بالهيروين الاسيوي. وهناك اعتقاد بان زراعة الافيون في هذه المناطق قد استحدثت بواسطة الصينيون الذين هربوا من وطنهم في القرن التاسع عشر.

ويتم تهريب الافيون الى مدن مثل بانكوك وهونغ كونغ، حيث يجري تحويله الى الهيروين الآسيوي، او الى هيروين ابيض يستخدم في اوروبا والولايات المتحدة.

ثالثاً: المكسيك

زرعت شجرة الخشخاش في المكسيك منذ سنوات عدة مضت. اذ ان بعض الصينيين ممن قدموا الى الولايات المتحدة في النصف الثاني من القرن التاسع عشر للعمل في المناجم او مد خطوط السكك الحديدية قد نزحوا الى المكسيك، ونقلوا الى هناك خبراتهم عن تدخين الافيون وزراعته، ونتيجة للحصار البحري الذي فرضه هتلر خلال الحرب العالمية الثانية، تحول تجار الافيون الى تجارة الهيروين.

ومن جهة اخرى، فقد كان الهيروين الذي يتم تصنيعه في مختبرات مارسيليا يصدر الى الولايات المتحدة من خلال المكسيك، بدلا من تهريبه مباشرة من مارسيليا الى الولايات المتحدة. وهكذا، ومع مرور الزمن تضخمت عمليات تهريب الهيروين في المكسيك.

وقد أدت عمليات تهريب الماريجوانا عبر المكسيك الى سرعة انتشار

الهيروين المكسيكي. ففي اوائل الستينيات ازدهرت تجارة الماريجوانا المكسيكية بشكل ضخم، ولما تزايد الطلب على الهيروين المكسيكي، اضاف مهربوا الماريجوانا مادة الهيروين الى نشاطاتهم.

وخلال عام ١٩٧٢ كان حوالي ٣٠٪ من استهلاك الولايات المتحدة من الهيروين مصدره المكسيك. ولما توقفت تركيا عن زراعة الافيون حلت المكسيك الفراغ الذي نشأ عن تناقص الكمية المعروضة من الافيونيات. وفي عام ١٩٧٥ اصبحت المكسيك تزود الولايات المتحدة بحوالي ٩٠٪ من استهلاكها من الهيروين المكسيكي الذي يعرف بطين المكسيك بسبب لونه البني (Fuqua, 1978, P.p. 24-59).

تصنيع الهيروين

عملية تحويل المورفين الى هيروين عملية معقدة وتتطلب مهارات معينة. وتتلخص هذه العملية في اضافة مقدارين متساوين من المورفين و Acetic anhydride، حيث يتم تسخينهما معا. ويؤدي ذلك الى الحصول على صورة غير نقية من الهيروين.

ويتم غسل الناتج بالماء والكلوروفورم لإزالة بعض من الشوائب. ثم تضاف كربونات الصوديوم للعمل على خروج جزئيات الهيروين من المحلول، ثم يرشح المحلول. وتتم تنقيته بعد ذلك بمزيج من الكحول والفحم النباتي Charcoal. ثم ينقى مرة اخرى باستخدام الكحول والاثير وحامض الهيدروكلوريك. ويرشح المحلول للمرة الاخيرة للحصول على هيروين على درجة عالية من النقاء.

وهناك نوع جديد من الهيروين يستورد من ايران يُسمى «Persian». وهو أقوى من الهيروين العادي اذ تصل درجة نقائه الى ٩٢٪ في مقابل الهيروين العادي الذي يباع في الشوارع الذي لا تتعدى درجة نقائه ٢٪ الى ٤٪. ويتم استخدام هذا الهيروين الجديد عن طريق التدخين او الشم اكثر من استخدامه عن طريق الحقن. ويؤدي استخدام ذلك الهيروين بهذه الطريقة الى مخاطر الاصابة بالالتهاب الرئوي. كما انه يؤدي الى الادمان بشكل اسرع. واعراض الانسحاب من هذا النوع من الهيروين اكثر حدة من الهيروين العادي. وقد حاول بائعوا المخدرات غش الهيروين خفيف التأثير بخلطه بالقهوة الفورية لاعطائه لوناً بنياً ذو مظهر مماثل للهروين الايراني (Davision and Neale, 1986. P. 265).

الافيون البشري

تزايد فهمنا لعملية الادمان على الافيونيات خلال الحقبة الماضية. ففي اوائل السبعينيات منذ هذا القرن تم الكشف عن مستقبلات افيونية خاصة، اي تم الكشف عن مكونات خلوية ترتبط بها الافيونيات لاحداث حالتي حسن الخال والتخفف من الألم.

ثم تمّ اكتشاف مركبات طبيعية بالمخ والغدة النخامية لها نفس تأثير وفاعلية الهيروين وغير ذلك من افيونيات في عام ١٩٧٥، وتسمى هذه المركبات اندورفينات Endorphins . وقد تم هذا الاكتشاف بواسطة جون هيوس John Hughes من جامعة ابردين باسكتلندة، كما امكن التعرف عليها في الغدة النخامية ايضاً بواسطة أفرام جولدشتين وزملاؤه.

ونحن نعرف ان جميع صور الافيونيات تمارس تأثيرها على الجسم، واساساً المخ، من خلال ارتباطها بمستقبلات عصبية Receptors معينة. وأن هذه المستقبلات تطابق وتناسب جزيئات الافيونيات، بنفس الشكل الذي يناسب به مفتاح معين قفل معين. وتقع هذه المستقبلات في الغشاء الخارجي للخلايا العصبية. وعندما يتلاءم احد مشتقات الافيون مع مستقبلات معينة، فانه يحدث تغييراً كيميائياً داخل الخلية العصبية يؤدي الى كف نشاط هذه الخلية.

وقد تبين ان المستقبلات الافيونية تتجمع في مناطق معينة من المخ،

وبخاصة على طول المسارات العصبية الناقلة للألم. وكذلك في تلك الأجزاء من المخ التي تهيمن على الانفعالات. وتوجد هذه المستقبلات العصبية في جميع الفقريات فقط، بما في ذلك الانسان. ويتفق هذا الامر مع مفهوم ان اللافقريات لا تستجيب للافيونيات على الاطلاق.

وكان الباحثون مقتنعون بأن الجسم يفرز مركبات تؤثر على هذه المستقبلات. وقد تبين صدق ذلك بالفعل حين تم اكتشاف مركبات شبيهة بالمركبات الافيونية وتتكون اساساً من أحماض امينية، وأطلق عليها اندزوفين. وهناك نمطان من هذه المركبات. اذ يوجد بالمخ اندورفينات سميت «انكفالين» Enkephain تتكون من خمسة احماض امينية. وهي تختلف من الوجهة الكيميائية عن الهيروين والمورفين، الا انها تتطابق من حيث الشكل مع هذه العقاقير اي مع الهيروين والمورفين. وهذا التماثل من حيث الشكل بين الافيونيات والاندورفينات يفسر امكانية ارتباط الاندورفينات بالمستقبلات الافيونية[١].

وتتكون جزئيات الاندورفين في الغدة النخامية من ٣١ حامض آميني. وقد تم التعرف على ان هذا النمط من الاندورفينيات يوجد في المخ ايضاً بالاضافة الى الغدة النخامية. وانها تدور في الدم عندما تتحرر من الغدة النخامية شأنها شأن غيرها من الهرمونات.

ويماثل تأثير الاندورفينات ذلك التأثير الذي يمارسه المورفين. فاذا حقنت الاندورفينات في مخ الفأر ـ مثلا ـ فانها تحدث تأثيراً فعالاً ومطولاً خاصاً

---

(١) المستقبلات الافيونية هي مناطق من الخلايا العصبية تتواءم من حيث الشكل مع المركبات الافيونية، بحيث ان هذه المركبات الافيونية ترتبط بتلك المستقبلات مثلما يتطابق مفتاح معين مع القفل المعد له هذا المفتاح.

بتخفيف الالم. كما انه اذا حقنت بصفة مستمرة متكررة فانها تحدث حالة من التحمل Tolerance والاعتماد مماثلة لما يحدثه المورفين.

وباستخدام احد مناهضات الافيونيات مثل النالوكسون Naloxone - الذي يعمل على غلق مستقبلات الافيونيات - فان ذلك يؤدي الى ايقاف فاعلية نظام الاندورفينات وكف تأثيرها. ومن ثم اذا تعرض الكائن الحي - انسان او حيوان - لمنبة مؤلم، واذا ادى ذلك الى اطلاق الاندورفينات التي تعمل على كف الالم، فان تعاطي النالوكسون لا بد وان يعمل على زيادة حدة الشعور بالألم بسبب توقف فاعلية الاندورفينات.

ومن الواضح من كل هذا ان الانسان ينتج آفيونيات خاصة به. وان هذه الاندورفينات تعمل على التخفف من الألم. وعلى هذا ففي حالة استخدام آفيونيات من خارج الجسم مثل الهيروين، فان ذلك يؤدي الى ايقاف انتاج الجسم لهذه الاندورفينات. فاذا لم يتم تزويد الجسم بعد ذلك بالأفيونيات من الخارج، فان ذلك من شأنه خلو الجسم من الافيونيات، سواء تلك الداخلية او الخارجية، ومن ثم تبدأ اعراض الامتناع في الظهور.

والآن لنتساءل عن طبيعة علاقة ذلك بالادمان على مشتقات الافيون؟ إن الاجابة على هذا التساؤل غير معروفة بعد على وجه التحديد. ولكن لنفترض ان الاندورفينات تؤدي بعض الوظائف الحيوية في المخ، سواء لكف الالم او كف الغضب او كف السلوك الاندفاعي او تنظيم مشاعرنا بحسن الحال، او غير ذلك. ولما كان البعض يعاني من قصور في الهرمونات العصبية، فانه يمكننا تصور ان اولئك الذين يعانون من قصور في الاندورفينات، سوف يكونوا اكثر عرضة من غيرهم للادمان على مشتقات الافيون. اذ يجدون ان مشتقات الافيون تعمل على تعديل حالتهم النفسية، باعتبار ان هذه الافيونيات تعوضهم عن القصور من الاندورفينات.

ومن جهة اخرى، فنحن نعرف ـ في حالة الهرمونات الاخرى ـ انه عند تعاطي هرمونات اصطناعية فان ذلك يؤدي الى توقف انتاج الهرمونات الطبيعية. ويطلق على هذه الظاهرة نظام التغذية المرتدة السالب Negative feedback system. فاذا انطبق نفس المبدأ على نظام الاندورفين، فلا بد لنا ان نتوقع ان تعاطي الهيروين ـ وبخاصة لمدة طويلة ـ يؤدي الى توقف انتاج الاندورفينات. وفي هذا الصدد، فاننا نجد ان نظام الاندورفين عند بعض المدمنين لا يرجع الى حالته الأولى، عند الانسحاب من تعاطي الهيروين او المورفين. وفي الواقع، فان بعضاً من اعراض الانسحاب من المحتمل ان تكون نتاجاً للقصور في الاندورفينات[1].

ولكن ينبغي عدم التوكيد على القول بان الادمان على الافيونيات هو ببساطة مرض تكويني. فالادمان على الأفيونيات هو مرض اجتماعي، يعتمد على التعرض لضغوط الحياة، وعلى توفر الهيروين والمورفين، وعلى عوامل اخرى عديدة. ولكن مع ذلك تبقى الحقيقة الاخرى الهامة، هي ان التعرض لنفس الظروف يمكن ان يجعل البعض مدمناً في حين يبقى البعض الآخر غير مدمن. وقد نستطيع افتراض ان القصور في الاندورفين يلعب دوراً في امكانية ان يصبح البعض مدمنا (Goldstein, 1978. P. p 49-54).

---

(١) لا بد لنا من التوكيد هنا على ظاهرة نظام التغذية المرتدة السالب من حيث خطورة التدخل في التوازن الهرموني الطبيعي للكائن الحي. اذ لو حدث مثل هذا التدخل فان الهيبوتلاموس سوف يقلل من انتاج عامل الاطلاق الملائم Releasing Factor ، مما يعمل على خفض تنبيه العضو المستهدف Target organ بواسطة الفص المقدمي للغدة النخامية. فمثلاً، استخدام هرمونات مثل التستوستيرون بنظام معين يمكن ان يؤدي الى إختفاء «عامل الاطلاق»، وبالتالي تتوقف افرازات الفص المقدمي للغدة النخامية الى العضو المستهدف، مما يماثل حالة استئصال الفص المقدمي للغدة النخامية الأمر الذي يؤدي بلا شك الى حالة من فقد القدرة الجنسية Impotence .

علاج الادمان على الافيونيات

مما لا شك فيه ان الاهداف العلاجية المتفق عليها بصفة عامة هي التوقف عن تعاطي العقاقير، وتأهيل المريض بهدف مساعدته على ان يعيش حياة منتجة سوية بدون حاجة الى استخدام العقاقير.

ولتحقيق هذه الأهداف العلاجية، فان الحجز في مؤسسة علاجية بها نوع من الرقابة هو امر مرغوب فيه دائماً، وهو في معظم الاحيان امر حيوي وهام. وينبغي ـ عقب الايداع مباشرة ـ الحصول على تاريخ طبي ونفسي للمريض، واجراء فحص طبي دقيق له.

وينبغي ان يتضمن التاريخ معرفة بكل انواع العقاقير التي تعاطاها المريض، بما في ذلك حجم الجرعات تكرارها وطريقة تعاطيها. ويجب التعرف بصفة خاصة على ما اذا كان المريض قد تعاطى مركبات الباربيتوريت وغيرها من المهدئات بالاضافة الى الأفيونيات وطبيعة ذلك التعاطي، طالما ان مظاهر الامتناع الحادة التي تنجم عن مركبات الباربيتوريت مثل التشنجات والهذيان وانخفاض درجة حرارة الجسم قد تنتهي بالوفاة.

وعلى هذا، وبغرض تحقيق درجة قصوى من الامان، ينبغي اجراء فحوص معينة للبول لاستكشاف مثل تلك العقاقير، بغض النظر عما اذا كان المريض قد اقر استخدامه لمثل تلك العقاقير ام انكر ذلك.

ومما لا شك فيه ان استخدام الكوكايين والافيتامينات والماريجوانا لا تمثل

اية مشكلة علاجية، طالما ان التوقف المفاجىء عن تعاطي هذه العقاقير ليس متبوعاً بزملة الانسحاب Abstinence syndrome. ومن جهة اخرى، فان المدمنين على الافيونيات ليسوا معتادين في الاغلب على تعاطي الكحول بالاضافة الى الافيونيات. ولكن اذا كان المريض يتعاطى الكحول مع الأفيونيات، فان الاسلوب العلاجي ينبغي ان يكون مماثلاً لذلك المتبع في حالات تعاطي الافيونيات مصحوبة بمشتقات الباربيتوريت.

واذا كان المريض قد تعاطى الافيونيات بمفردها، فمن الممكن استخدام عدة اساليب علاجية منها الاحلال بالميتادون Methadone substitution والعلاج بجرعات مساندة من الميتادون Maintenance Therapy، والعلاج بمناهضات (منازعات) الافيونيات، والخفض السريع لمستوى الافيونيات Rapid reduction .

العلاج باستخدام اسلوب الخفض السريع للأفيونيات

ويتم في هذا الاسلوب العلاجي وضع المريض لمدة يومين او ثلاثة على جرعة من المورفين تحقن تحت الجلد بحيث تكون كافية فقط لتجنب قيام ظاهرة الامتناع عن الافيونيات. ويتوقف حجم الجرعة وتكرار حقنها على طبيعة العقار الذي أصبح المريض معتادا عليه، ومستوى الجرعات التي ادمن عليها. ومع ذلك فنادراً ما يستلزم الامر حقن اكثر من ٣٠ ملليجرام من المورفين كل ٦ ساعات.

وبعد فترة التقنين السابقة، تبدأ مرحلة الانسحاب من خلال الخفض السريع لحقن المريض بالمورفين، عبر فترة من خمسة الى عشرة أيام، وفقاً للحالة الصحية العامة للمريض، ولمستوى حدة مظاهر الامتناع التي قد

تحدث. على ان هذه المرحلة من الانسحاب السريع قد تمتد في حالة وجود درن رئوي فعّال، او قصور في القلب، او غير ذلك من امراض محدثة لحالة من الضعف البدني. وينبغي في كل الاحوال ان تقدم للمريض الخدمات الطبية وما يلزم من صور علاجية خاصة بالصحة البدنية العامة للمريض، مع اعطائه جرعات صغيرة من مشتقات الباربيتوريت لمساعدته على النوم.

وهناك مشكلات تحدث عند علاج حالات الادمان على كل من الافيونيات ومشتقات الباربيتوريت. وفي مثل تلك الحالات يتم تقنين المريض اولاً على كل من مشتقات الباربيتوريت والمورفين او الميثادون. ويكون التقنين على مشتقات الباربيتوريت باستخدام جرعات من البنتوباربيتال Pentobarbital عن طريق الفم، ويراعى ان تكون هذه الجرعات كافية فقط لاحداث حالة خفيفة من الاعراض الشمّية مثل التذبذب السريع لمقلة العين(حركات العين السريعة) Nystagmus، خلل في التآزر الحركي، وربما درجة خفيفة من اندغام الكلام.

ويظل برنامج تقنين البنتوباربيتال مستمراً بدون تغيير، في حين يتم الخفض السريع للميثادون او المورفين، ثم يتم بعد ذلك فقط الخفض لمستوى البنتوباربيتال. ويكون ذلك بخفض تدريجي تماماً لجرعة البنتوباربيتال بحيث لا يزيد هذا الخفض عن ١٠٠ ملليجرام في اليوم.

ولكن اذا ما ظهرت اية اعراض مهما كانت بسيطة للامتناع عن الباربيتوريت. مثل: الرجفات، العرق، فقد الشهية، الارق، فانه ينبغي ايقاف اي خفض تالي الى ان تختفي تلك المظاهر، ثم يستمر بعدها برنامج خفض البنتوباربيتال بنفس المعدل. ويستغرق التوقف عن هذه العقاقير مدة شهر او اكثر وفقاً لمستوى الجرعات ومدة استخدام مشتقات الباربيتوريت التي ادمن عليها المريض (Wilker, 1972. P. 1001).

الميثادون

Methadone

قام العلماء الألمان خلال الحرب العالمية الثانية بتصنيع (تخليق) مركب هو هيدروكلورات الميثادون Methadone hydrochloride كبديل للمورفين في قتل الالم، حيث لم يكن ميسوراً الحصول على المورفين بسبب الحرب. وقد استخدم في الولايات المتحدة بشكل محدود في عمليات الولادة، وكمهبط للكحة، وقاتل للألم.

ويتم تحضير الميثادون في صورة اقراص او سائل لزج. ويمكن تعاطي الميثادون عن طريق الفم او عن طريق الحقن. وعندما يساء استخدام الميثادون فانه يحدث اعراضاً مماثلة لما يحدثه الهيروين من: نعاس، قلق، انهباط المنعكسات العصبية، انقباض انسان العين، فقدان الشهية، الامساك.

وتؤدي اساءة استخدام الميثادون الى قيام ظاهرة التحمل، وكذلك ظاهرتي الاعتماد البدني والاعتماد النفسي. الا ان اعراض الانسحاب من الميثادون هي اقل حدة من اعراض الانسحاب من الهيروين.

وقد بدأت محاولات استخدام الميثادون لعلاج الادمان على المخدرات في اواخر الاربعينيات، حيث كان يحقن تحت الجلد لمساعدة المدمن على التخلص من رغبته القوية في تعاطي الهيروين. ويعود اول استخدام للميثادون كعلاج للادمان على الهيروين في الولايات المتحدة خلال الخمسينيات الى

طبيب يدعى «دول» Vincent P. Dole . وقد ادى استخدام الميثادون الى تحسن كبير في سلوك المدمنين، حيث اخذوا يكشفون عن تزايد في الاهتمام بمصالحهم وبما يدور حولهم.

ويستخدم الميثادون في نمطين من الاساليب العلاجية:

اولاً: يتم استخدام الميثادون في هذا الاسلوب الاول كمخدر بديل لمساعدة المدمن على التخلص من ادمان الهيروين. ويتم تزويد المدمن بالميثادون في جرعات تتناقص تدريجياً حتى تصل الى لا شيء. ويستغرق ذلك عادة من اسبوعين الى ثلاثة اسابيع. وتقدم للمدمن خلال هذه الفترة العلاجية خدمات التأهيل.

ثانياً: ويهدف هذا الاسلوب الثاني الى استخدام مستمر طويل الامد للميثادون كبديل عن الهيروين.

والمبدأ الاساسي الذي يقوم عليه هذا الاسلوب الثاني اي اسلوب العلاج المساند Maintenance therapy هو استبدال احد العقاقير بآخر، حيث يتم تزويد المدمن بجرعة مجانية من الميثادون يوميا. ويفيد الميثادون في عدم معاناة المدمن من آثار الانسحاب، ويشبع حاجته الى المخدرات.

ويقتصر استخدام المثادون على المدمنين فوق سن السادسة عشر ممن يعتمدون على الافيونيات لمدة لا تقل عن عامين. هذا في حين ان الصغار ما بين سن السادسة عشر والثانية عشر لا بد لهم من الحصول على موافقة الآباء لانضمامهم لهذا البرنامج العلاجي. كما لا بد وان تكون هناك محاولتان على الاقل غير ناجحتين لعلاجهم.

ومع ان بعض الشواهد الاولى على هذا الاسلوب العلاجي كانت

مشجعة، الا انه قد ظهرت مع ذلك بعض المشكلات: اذ انه لما كان الميثادون لا يجعل المدمن يستشعر تلك المشاعر المبهجة من حسن الحال، فانه سوف يلجأ الى تعاطي الهيروين اذا كان من الميسور الحصول عليه. ويحدث هذا الامر بصفة خاصة بالنسبة للمدمنين الذين يرغمون على الالتحاق ببرنامج هذا الاسلوب العلاجي كبديل عن الدخول في السجن. ولهذا يخضع المشتركون في برنامج الميثادون للفحوص المختبرية، وبخاصة فحص البول، للكشف عن احتمالات تعاطي الهيروين.

ومن جهة اخرى، فانه عندما يتم تعاطي الميثادون عن طريق الحقن ـ وليس عن طريق الفم ـ فان تأثيره على بعض المدمنين يكون مماثل لتأثير الهيروين، الامر الذي ادى الى خلق سوق غير شرعي للميثادون. هذا بالاضافة الى ان عدداً كبيراً من المدمنين يتوقفون عن الاستمرار في برنامج الميثادون (Davision and Neale, 1986).

ولكي نلخص اسلوب علاج الادمان على الهيروين بالميثادون نشير الى ان المريض يوضع في بادىء الامر على جرعة من الميثادون ممزوجة بشيء مثل عصير البرتقال عن طريق الفم مرتين يومياً، وبحيث تكون تلك الجرعة كافية فقط لقمع قيام مظاهر الامتناع عن الأفيونيات.

ويكفي لهذا الغرض استخدام ملليجرام واحد من الميثادون مكافئاً في فاعليته ـ بغرض قمع ظاهرة الامتناع ـ لثلاثة أو اربعة ملليجرامات من المورفين، او ملليجرام واحد من الهيروين. ولكن في حالة عدم التأكد من مستوى الجرعة التي كان قد اعتاد عليها المريض، فانه ينبغي البدء بجرعة اولى مقدارها ١٠ ملليجرام من الميثادون، ثم يتم تعديل الجرعات بعد ذلك وفقاً لمستوى استجابة المريض. ويكفي في معظم الاحوال اعطاء المدمن جرعة ميثادون من ١٠ إلى ٢٠ ملليجرام مرتين يومياً عن طريق الفم.

وبعد تقنين جرعات الميثادون ينبغي العمل على التوقف التدريجي لاعطاء هذا العقار، حيث يتم الخفض التدريجي له على مدى من ثلاثة الى عشرة ايام. وبعد ثلاثة او اربعة ايام عقب آخر جرعة من الميثادون قد يشعر المريض بآلام عامة، وفقد للشهية، واضطراب النوم لعدة اسابيع. ومن الطبيعي - بلا شك - استخدام اساليب علاجية مساندة للأسلوب العلاجي الاساسي.

وبالنسبة لأسلوب العلاج بالميثادون القائم على اساس تزويد المدمن يومياً بجرعات من الميثادون بديلة عن الأفيونيات، فانه ما ان تستقر حالة المدمن حتى يتطلب الامر ان يعود يومياً للحصول على جرعة الميثادون امام مسؤول في العيادة. وما ان يُثبت المدمن امكانية الوثوق فيه، فان بعض الانظمة تسمح بتزويده بجرعات من الميثادون لعدة ايام بأخذها معه الى المنزل، مما يخفف عنه عناء القدوم يومياً الى العيادة او المستشفى.

وفي الواقع فان استقرار المدمن على جرعة مساندة من الميثادون هو بداية عملية التأهيل. وتهدف عملية التأهيل وبرامجها الى مساعدة المدمن في ان يصبح عضواً منتجاً في المجتمع. وفي هذا الصدد، يتم تزويد المدمن بوسائل العلاج الجمعي والتدريب المهني والتوجيه والارشاد للأسرة.

ولقد تعرض مفهوم العلاج المساند بالميثادون لنقد متزايد منذ اواسط السبعينيات. ومن اوجه النقد انه بينما يفيد الميثادون في الاقلال من حاجة المدمن الى القيام بصور سلوكية مختلفة للحصول على المادة التي ادمن عليها، الا ان برنامج الميثادون لم يفعل شيئاً ازاء تخلص المدمن من العقاقير. وان النتيجة النهائية هي في الواقع استبدال الادمان على الهيروين بالادمان على عقار مقبول اجتماعياً.

كما ان هناك نقد آخر يقوم على اسس طبية. ويتلخص هذا النقد في أننا

لا نعرف بالضبط الآثار الصحية التي تنجم عن التعاطي طويل الأمد للميثادون. اذ لم يتم استخدام هذا العقار بعد لفترة طويلة حتى يمكن التعرف على تأثيره على البدن عقب مثل هذا الاستخدام المطوّل.

وهناك مركب آخر خاضع للتجريب يمكن استخدامه كبديل للأفيونيات هو Levomethadyl acetate ويرمز له في الاختصار L A A M. وهو مركب ذو مفعول طويل الامد، ولا يؤدي استخدامه الى مشاعر حسن الحال. ويفضله المرضى عن الميثادون لاسباب منها انه اطول امداً من الميثادون، كما انه يكف رغبة المريض في تعاطي الهيروين، ولا يكشف عن اعراض الانسحاب. هذا في حين ان الميثادون يحدث بعضاً من اعراض الانسحاب في نهاية الاربع وعشرين ساعة من تعاطيه. وبالاضافة الى ذلك فان العلاج بعقار L A A M لا يحتاج الى مراجعة العيادة الا ثلاث مرات في الاسبوع، مما ينفي الحاجة الى مخاطر صرف الجرعات كلها مرة واحدة للمريض ليتعاطاها في المنزل (Smith, 1978, P. 54).

المركبات المنازعة للأفيونات

Narcotic Antagonists

المركبات المنازعة (المناهضة) للأفيونات هي عقاقير ذات تركيب كيميائي يماثل تقريباً تركيب الأفيونات. ويقوم استخدامها في علاج الادمان على اساس ان هذه المركبات المنازعة تعارض الكثير من تأثير الافيونيات بدون ان تؤدي في ذاتها الى الادمان. اذ انه عندما يتعاطى المدمن هذه المركبات المنازعة لا يستشعر الدُّفعة The rush او مشاعر حسن الحال، لان لهذه المركبات القدرة على شغل المستقبلات العصبية التي تحتلها الافيونيات.

وفي هذا الصدد يمكن تفسير اساءة استخدام العقاقير في ضوء مفاهيم الاشراط[1] Conditionning حيث يعمل الاحساس باللذة وحسن الحال

---

(١) تعود مفاهيم الاشراط Conditioning الى عالم الفسيولوجيا الروسي ايفان بتروفيس بافلوف الذي كان يجري دراسات على الميكانزمات العصبية التي تحكم افراز بعض غدد الجهاز الهضمي. وقد ميز بافلوف بين فئتين من المنعكسات، اولها المنعكس الولادي غير الشرطي الذي يكون قائماً لدى افراد النوع الواحد مثل منعكس رفصة الركبة، ومنعكس افراز اللعاب عندما يقدم الطعام للفم. وثانيهما، المنعكس الشرطي المكتسب الذي يعتمد في ظهوره على تكوين ارتباطات وظيفية جديدة في الجهاز العصبي المركزي. ويشير لفظ شرطي الى ضرورة توفر شروط معينة اذا كان على هذه الاستجابة ان تظهر. ولكي تحتفظ المنبهات الشرطية بخصائصها اي قدرتها على استثارة الاستجابة الشرطية فمن الضروري ان يتبعها المنبه غير الشرطي وهو ما يُسمى بالتدعيم. وفي حالة الادمان فان مشاعر حسن الحال والنشوة التي تنتاب المتعاطي عقب تعاطيه للمادة المعينة، او حتى التخلص من مشاعر الامتناع المؤلمة، تعتبر جميعها من مدعمات سلوك التعاطي وتعزيز الاستمرار فيه.

على تدعيم (تعزيز) Reinforcement سلوك الادمان. بمعنى ان الادمان يمثل دائرة مفرغة. اذ عندما يتعاطى المرء الهيروين مثلاً فانه يمر بمشاعر مبهجة وحسن الحال، فتؤدي هذه المشاعر بدورها الى تدعيم تعاطيه لهذا العقار. وعلى هذا الاساس فان اي شيء يعمل على خفض مشاعر اللذة التي يستشعرها المدمن عند تعاطيه للأفيونيات ـ مثل المركبات المنازعة للأفيونيات ـ سوف يؤدي الى قطع هذه الدائرة المفرغة.

وقد قامت معظم البحوث عن منازعات الافيونيات حول استخدام نوعين من العقاقير هما سيكلازوسين Cyclazocine ونالوكسون Naloxone. اذ يتلقى المدمن جرعات من اي من هذين النوعين من العقاقير، بعد الانسحاب التدريجي من الافيونيات. ويؤدي هذا الاسلوب العلاجي الى عدم احساس المدمن باللذة وحسن الحال اذا عاد الى تعاطي الافيونيات.

ويعمل كل من هذين العقارين على الارتباط بالمستقبلات العصبية للخلايا التي يرتبط بها الهيروين عادة، بدون تنشيط لتلك الخلايا، ومن ثم لا تجد جزئيات الهيروين مكاناً للارتباط به.

ولقد بدأت الدراسات حول السيكلازوسين في اواسط الستينيات. وهو مركب ذو مفعول طويل المدى، حيث يرتبط بالمستقبلات العصبية لمدة من ١٢ إلى ١٤ ساعة. ومع ان الخبرة الاكلينيكية تشير الى ان السيكلازوسين يفيد المدمنين السابقين عقب توقفهم عن التعاطي، الا انه يمكن ان يحدث آثار جانبية مزعجة مثل الدوار والصداع. كما انه اذا أُعطي لشخص ليس خالياً تماماً من المخدرات، فانه سوف تظهر عليه اعراض انسحاب حادة.

وأما بالنسبة لنالوكسون فليس له في الاغلب آثار جانبية. الا انه مرتفع الثمن جدا، وذو مفعول قصير المدى لا يستمر سوى مدة تتراوح بين اربع وست ساعات.

ويخضع حالياً للتجريب مركب آخر من مناهضات الافيونيات هو النالتريكسون Naltrexone وقد قام بلومبرج ورفاقه Blumberg et al بتحضير هذا المركب عام ١٩٦٧. ويماثل النالتريكسون مركب النالوكسون، الا ان فاعلية النالتركسون هي ضعف فاعلية النالوكسون.

وتشير البحوث الى ان النالتريسكون يعمل على التقليل من تعاطي الافيونيات. ومع ذلك، فان هذه الدراسات تشير ايضاً الى الامكانيات المحدودة لهذا العقار كعلاج فعال بديل عن تعاطي الافيونيات. كما ان غالبية المرضى يهربون من العلاج به. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج التجارب الاخرى التي يتم فيها استخدام العقاقير المناهضة للمركبات الافيونية (Savage et al P. 313).

ويستخدم النالتريكسون عن طريق الفم ثلاث مرات اسبوعيا. فاذا ما استخدم المدمن النالتريكسون لفترة ثم حقن بالهيروين بعد ذلك، فان الهيروين لن تكون له فاعلية على الاطلاق، حيث يعمل النالتريكسون على غلق المستقبلات العصبية التي يرتبط الهيروين بها.

هذا، ويمكن التوقف عن تعاطي النالتريكسون في اي وقت بدون حدوث اعراض الانسحاب، اذ ان تعاطيه لا يؤدي الى الادمان. وهذا يعني ان المدمنين السابقين يمكنهم استخدام النالتريكسون في اوقات الانعصاب عند التعرض للضغوط ومواقف الشدة، او عندما يكون هناك احتمال بالانتكاس والعودة الى تعاطي الافيونيات مرة اخرى.

ويتوقف نجاح علاج النالتريكسون على فهم المدمن لما يفعله هذا العقار. وعلى هذا فمن المفروض عدم بدء علاج المدمن فورا، وانما يتم تعريف المدمن

بالنالتريكسون، والعمل على انماء حماس لاستخدامه، وذلك خلال العلاج بمركب بديل عن الافيونيات مثل الميثادون. وينبغي فوق كل شيء آخر ان يصبح للمدمن عمل منتظم وعلاقات اسرية حسنة و تقييم ذات افضل (Smith, 1978 P. 54).

اساليب علاج الادمان على الأفيونيات في بريطانيا

يقوم اسلوب العلاج في بريطانيا لحالات الادمان على المخدرات والافيونيات بصفة خاصة على اساس انه من الافضل تزويد المدمن بالمخدرات عن ان نحاول منعه عنها. وعلى هذا يمكن للمدمن في بريطانيا الحصول على الهيروين وبعض العقاقير الاخرى مقابل رسوم إسمية اذا ما تقدم الى واحد من المراكز الحكومية العلاجية.

ويبدو ان هناك سببان يدعوان الى تزويد المدمن بالمخدر هما:

أولاً: لا بد من تشجيع المدمن على ان يسعى للعلاج اذا كنا ننظر الى الادمان باعتباره مسألة طبية وليس حدثاً إجرامياً.

ثانياً: وانه من خلال تزويد المدمن بالمخدر باسعار زهيدة، فانه يمكن للدولة بذلك ان تقضي على سوق تجارة المخدرات. ويعمل هذا بدوره على استبعاد العصابات المنظمة من ان تدخل ذلك المجال.

ويمكن تقسيم الاسلوب البريطاني وفقاً لثلاث مراحل.

١ ـ المرحلة الاولى: لجنة روليستون ١٩٢٤ Rolleston Committe .

٢ ـ المرحلة الثانية: لجنة براين الاولى ١٩٥٨ Brain Committee .

٣ ـ المرحلة الثالثة: لجنة براين الثانية ١٩٦٤.

المرحلة الاولى: لجنة روليستون ١٩٢٤.

أصدرت هذه اللجنة تقريراً في عام ١٩٢٦ جاء فيه انه يمكن تزويد المدمن بالمورفين او الهيروين في الظروف التالية.

أ ـ عندما يتبين انه بعد محاولات مطولة لعلاج المريض، انه لا يمكن عدم الاستمرار في استخدام المخدر، بسبب تعرضه لمخاطر الامتناع.

ب ـ عندما يتضح ان المريض يكون قادر على الاستمرار في حياة منتجة وسوية نسبيا، اذا ما تعاطى جرعة معينة من المخدر تمثل الحد الادنى منه. الا انه يصبح غير قادر على الاستمرار في هذه الحياة اذا امتنع عن التعاطي.

حـ ـ عندما يكون المريض تحت العلاج باستخدام اسلوب الانسحاب التدريجي.

المرحلة الثانية: لجنة براين الاولى ١٩٥٨

طرأت خلال الخمسينيات تغيرات جوهرية على طبيعة مشكلة الادمان في بريطانيا. فقد كان عدد المدمنين في بريطانيا ـ في السابق ـ ضئيلا. وكان معظم المدمنين قبل الحرب العالمية الثانية من طبقة المهنيين مثل الاطباء والمشتغلين بالتمريض. كما كانوا غالباً من الاناث متوسطي الاعمار.

ثم تغير الحال، حيث اصبح المدمنون من الشباب الذكور ممن ينتمون الى المدينة، اي من اهل المدينة. وكان اكبر تجمع للمدمنين هو من مجتمع عالم الجاز. وعلى هذا فقد شكلت لجنة برئاسة لورد براين عام ١٩٥٨ وكان لها هدفان:

١ ـ النظر في امكانية وجود طرائق علاجية جديدة.

٢ ـ دراسة ما إذا كانت العقاقير المصنعة (المخلّقة) مثل الميثادون ينبغي وضعها تحت ضوابط اكثر صرامة، او الاستمرار في استخدامها.

وقد وضعت اللجنة تقريرها عام ١٩٦٠ وكان من اهم توصياتها ما يلي:

أ ـ ينبغي النظر إلى الادمان باعتباره تعبير عن اضطراب عقلي وليس فعلا اجراميا.

ب ـ الحجز الاجباري ليس مرغوباً فيه لتحقيق علاج ناجح.

جـ ـ ليس من الضروري اقامة مؤسسات متخصصة لعلاج الادمان.

د ـ من غير المرغوب فيه تسجيل المدمنين، كما انه ليس امراً مفيدا.

المرحلة الثالثة: لجنة براين الثانية ١٩٦٤

ساءت مشكلة الادمان بشكل ملحوظ في بريطانيا خلال الستينيات، حيث زاد عدد المدمنين بشكل ملحوظ. كما حدث تغير مزعج في تركيب عالم المدمنين، اذ انخفض بحدة متوسط اعمار المدمنين على الهيروين في بريطانيا. فقد كان المدمنون ـ في السابق ـ يميلون لان ينتموا الى اواسط العمر، في حين تزايد عدد المدمنين على الهيروين في الستينيات ممن تقل اعمارهم عن عشرين عاما. وكان للكثيرين منهم تاريخ من سوء التوافق الاجتماعي والسلوك السيكوباتي والسلوك الجانح. كما بدأ المدمنون في اواسط الستينيات في استخدام المنشطات مثل الامفيتامينات والكوكايين بالاضافة الى الهيروين.

ولقد جاءت توصيات لجنة براين الثانية اكثر صرامة في تقريرها الذي وضعته عام ١٩٦٥، كما نادت بضرورة مراجعة البرنامج البريطاني الخاص بمواجهة الادمان على المخدرات جاء من بين توصياتها ما يلي:

أ ـ ينبغي اقامة مراكز لعلاج مشكلة الادمان.

ب ـ لا يسمح الا لاطباء هذه المراكز بوصف الهيروين والكوكايين للمدمنين.

حـ ـ وضع نظام دقيق لتسجيل المدمنين.

د ـ يكون من حق اطباء مراكز علاج الادمان سلطة حجز المدمن في الاقسام الداخلية لهذه المراكز بدون اخد موافقة المدمن.

وقد تم بالفعل صياغة هذه المقترحات في صورة قانونية صدرت عام ١٩٦٨ باستثناء التوصية الاخيرة.

الوضع الحالي في بريطانيا

يستطيع المدمن حالياً ـ في بريطانيا ـ الحصول على مدده من العقار في عدد من العيادات المخصصة لذلك، واقسام العيادات الخارجية المنتشرة خلال انجلترا وويلز. ولكل مؤسسة علاجية مجال واسع في تحديد فلسفتها العلاجية والمنحى الذي تتبناه، ومع ذلك، هناك نوع من التماثل بصورة أو اخرى بين الاساليب العلاجية المختلفة المستخدمة في هذه المؤسسات.

ويمكن القول بصفة عامة، انه عندما يتقدم احد المدمنين الى احدى

هذه العيادات، يتم تحديد نوع ومقدار العقار اللازم له كعلاج مساند ضروري لاستقرار حالته، وبحيث تكون الجرعة ممثلة للحد الادنى اللازم لتحقيق ذلك. ثم تعمل هذه العيادات ايضاً على تشجيع المدمن كي يقلل من تعاطيه للعقار، بأمل ان يتمكن من التوقف عن تعاطي العقار كلية.

ويراجع المختصون في تلك العقارات اسبوعياً كمية العقار الذي يستخدمه المدمن، ويتم ابلاغ احدى الصيدليات كي يذهب اليها المدمن كل يوم ليحصل على نصيبه اليومي من العقار.

تقييم النظام البريطاني

هناك من يرى ان الأسلوب البريطاني يؤدي الى نتائج عظيمة، هذا في حين يرى البعض الآخر عكس ذلك. وهناك نوع من النقد يدور حول ما اذا كان مقبولاً من الوجهة الاخلاقية ان تزود الدولة المدمنين بالعقاقير التي ينشدونها. ويستمر النقاش، وتبقى المشكلة الخاصة بما اذا كان الأسلوب العلاجي في مجتمع معين يمكن ان يكون ناجحاً في مجتمع آخر؟ .(Fuqua, 1978. P.p. 281-285)

نتائج العلاج من الادمان على الافيونيات

من المتفق عليه ان العلاج قصير الامد للادمان على الافيونيات يأتي بنتائج غير مشجعة. وهناك احتمال بان اكثر من ٩٠٪ من المدمنين قد عادوا الى الادمان بعد علاجهم. وان ذلك قد يتم خلال ستة شهور من تركهم للمستشفى.

وعلى هذا الاساس، ولما كانت متاعب التوقف عن تعاطي الافيونيات تستمر لمدة ستة شهور او اكثر عقب الانسحاب من تعاطيها، فان الاقامة المستمرة لعدة شهور على الاقل في مؤسسة علاجية بها رقابة على العقاقير، هي مسألة حيوية وهامة.

ويتم خلال تلك الفترة الزمنية، علاج الشكاوى البدنية ان وجدت. كما يمكن استخدام اساليب العلاج النفسي الجمعي مع عدد من المرضى، والعلاج النفسي الفردي مع البعض الآخر. وتوضع خطط للارشاد والتوجيه اللاحق، وتعالج مشكلات التوجيه المهني والتوظيف، ويتم تناول اية مشكلات اجتماعية تواجه المريض.

وفي هذا الصدد، فقد قامت عدة جماعات في الولايات المتحدة تستهدف تأهيل المدمنين تقوم على الاسس التالية:

١ ـ توفير بيئة خالية من العقاقير في محيطها، تساند الشخص وتساعده على الانتقال من شخص معتاد التعاطي الى شخص ليس للعقاقير وجود في حياته.

٢ ـ وجود نماذج تحوز للاعجاب من مدمنين سابقين قادرين على مواجهة تحديات الحياة بدون استخدام العقاقير.

٣ ـ العمل من خلال العلاج الجمعي على ان يواجه الشخص نفسه ويتحمل مسؤولية مشكلاته وادمانه، وان يبدأ في تولي أموره بنفسه.

٤ ـ توفير جو فيه احترام للشخص باعتباره كائن بشري وليس باعتباره انسان فاشل ذو سلوك إجرامي.

٥ ـ العمل على انفصال المدمن عن علاقاته الاجتماعية السابقة، بافتراض ان تلك العلاقات كانت من عوامل صياغة اسلوب حياة المدمن.

الفصل الثالث

الادمان الكحولي

الادمان الكحولي

مقدمة

استخدم الانسان منذ عصور بعيدة مواد عديدة تعمل على احداث تغيير في الحالة الشعورية له او تعمل على التخفف مما يمكن ان يعانيه من ألم بدني. ولقد اكتشف الانسان بالفعل بعض المواد التي تؤثر على الجهاز العصبي، وتحدث حالة من الانشراح وحسن الحال، او تعمل على التخفف من المتاعب البدنية والنفسية. ومن نماذج تلك المواد تصنيعه لمشروبات كحولية عن طريق تخمر عديد من أصناف الفاكهة والحبوب والعسل.

وفي الواقع، فان ميل الانسان الى استخدام المشروبات الكحولية هو ميل قديم جدا. ويبدو ان اهتمام الانسان بالكحوليات قد قام على مدى تاريخ البشرية. وقد مزجت المجتمعات البدائية حالة السكر بالطقوس الدينية، حيث تمتد آفاق عالم الرجل البدائي، ويستشعر بقوة متزايدة، ويمر بأحاسيس الانجذاب، وبالقدرة على الاتصال بالآلهة (Chafetz, 1972).

وهناك ما يشير الى استخدام الجعة (البيرة) والنبيذ وغيرهما من مشروبات كحولية منذ حوالي ٣٠٠٠ سنة قبل الميلاد. هذا في حين ان استخدام عمليات التقطير للمشروبات المخمرة لم يتم الا منذ ٧٠٠ سنة فقط قبل الميلاد، مما ادى الى اعداد مشروبات كحولية شديدة المفعول (Davison and Neale, 1986).

وعندما نتحدث عن المشروبات الكحولية، فاننا في الواقع انما نشير بذلك الى الكحول الايثيلي. فهذا الكحول هو الشائع من المشروبات الكحولية مثل النبيذ او الجعة (البيرة) او الويسكي. وهناك نوع آخر من الكحولي الميثلي، وهو ليس اكثر فاعلية من الكحول الايثلي، الا ان عملية اكسدته بطيئة، ومن ثم يستمر تأثيره طويلا، كما يتصف هذا التأثير بتراكم فاعليته.

ومن جهة اخرى، فان نواتج تمثيل كمية ضيئلة من الكحول الميثلي هي مواد سامة تحدث تلفاً في الاعصاب وبخاصة العصب البصري، مما يمكنه ان يؤدي الى فقد البصر. وكمية الكحول الايثيلي التي يتخلص فيها الجسم خلال يوم واحد، تحتاج الى اسبوع للتخلص منها في حالة تعاطي كمية مكافئة من الكحول الميثلي.

اصل وتطور مفهوم الادمان الكحولي

تغير مفهوم الادمان الكحولي كمرض او عملية مرضية بشكل كبير على مدى السنين. الا انه لا يوجد حتى الآن اجماع في التراث العلمي حول تعريف محدد لهذا المفهوم، بالرغم من مضي اكثر من مائة وخمسين عاماً منذ ان ظهر هذا التعبير لأول مرة.

وقد لاحظ الباحثون منذ زمن طويل الرغبة العارمة لتعاطي الكحول بين من اعتادوا السكر. وقد اطلق الطبيب النفسي الفرنسي اسكيرول Esquirol على هذه الحالة لفظ «جنون السكر» Monomania of drunkness . واشار الى انه مرض عقلي يتصف اساساً بميل لا يقاوم لتناول المشروبات الكحولية.

وظهر في هذا المجال الفاظ اخرى مثل «هوس الشراب» او «جنون الشراب» Dipsomania. وكذلك لفظ «هوس النبيذ» Oinomania[1]، للاشارة الى حالة مرضية لرغبات لا يمكن اشباعها للمشروبات الكحولية. وكان هناك اعتقاد بأن هذا النمط من الاضطرابات هو مظهر لحالة مرضية نفسية.

وقد اشار اطباء النفس الالمان الى ان هذا الاضطراب يتصف بهجمات يحدث خلالها رغبة لا تقاوم للشراب عقب فترة من تغيرات مزاجية متبوعة

---

(١) Dipso = Thrist، Oinos = Wine .

بتغيّم في الشعور يستمر لعدة ساعات او عدة اسابيع. وان من خصائص هذا الاضطراب حدوث حالة من الاكتئاب بشكل نوابي.

وقد صاغ «هس» Huss ـ من جامعة ستوكلهم ـ لفظ Alcoholism عام ١٨٥٢. واشار الى انه لا توجد حدود واضحة بين اعراض الادمان الكحولي والمرض العقلي.

وقد استخدم كل من كيربلين Kraepelin وكيرتز Kurtz لفظ Alcohol addiction للاشارة الى نمط من الاضطرابات لدى بعض الاشخاص ممن ليست لديهم ارادة قوية كافية للتخلي عن تعاطي الكحول، حتى بالرغم من ان هذا التعاطي يؤدي الى متاعب بدنية واقتصادية واجتماعية.

• وقد اشار طبيب النفس يوجين بلويلر Bleuler الى الادمان الكحولي باعتباره نمط من الاضطرابات مصحوب بتغيرات بدنية وسلوكية. كما اشار الى تدهور القيم الدينية لدى مدمن الكحول، والى تناقض مشاعره الوجدانية. فقد تحركه قصة حزينة وتثير شفقته، الا انه ـ بعد ذلك بوقت قصير ـ يمكن ان يؤذي زوجته واطفاله بمنتهى البرود والتبلد الانفعالي. وهو قد يكون سعيد في لحظة، غاضب ثائر في لحظة اخرى (Paredes, 1986. Pp. 54-55).

الآراء المعاصرة حول الادمان الكحولي

آراء جيلينك

تدين الصياغة المعاصرة للادمان الكحولي الى اسهامات جيلينك Jellinek . وقد اقام تمايزاً بين نمطين من الادمان الكحولي، في كتاباته الاولى بالاشتراك مع بومان Bowman، هما: الادمان الكحولي المزمن Chronic alcoholism، والادمان الكحولي Alcohol addiction. ويشير اللفظ الاول الى التغيرات البدنية والنفسية الناجمة عن الاستخدام المطوّل للمشروبات الكحولية. ويشير اللفظ الثاني الى نمط من الاضطرابات يتسم برغبة ملحة لتعاطي الكحول. وان المرضى بهذا النمط من الاضطرابات يفتقدون سيطرتهم على تعاطي الشراب بدرجة انهم لا يستطيعون الامتناع عن التعاطي حتى وان كانت لديهم الرغبة الصادقة في الكف عن التعاطي.

وقد انتهى كل من جيلينك وبومان الى ضرورة اقامة تمايز تام بين «الادمان الكحولي المزمن» اي التغيرات البدنية والنفسية الناجمة عن الاستخدام المطوّل للكحول، وبين «الادمان الكحولي» أي فقدان السيطرة على الرغبة الملحة لتعاطي الكحول.

ومع ذلك، ففي رأينا ان اقامة مثل هذا التمايز بهذا الشكل القاطع امر لا مبرر له. اذ لا يمكن الفصل في واقع الامر بين حالتي الادمان الكحولي المزمن والادمان الكحولي، فهما وجهان لعملة واحدة. واحدهما هو نتاج ومرافق او مصاحب للآخر. بمعنى انه لا يمكن قيام احد هذين النمطين في

غياب النمط الآخر. فالادمان الكحولي المزمن هو في واقع الامر ادمان كحولي لا اكثر ولا اقل. كلاهما يتصف بنفس خاصية عدم القدرة على التوقف عن تناول الكحول، وقيام رغبة ملحة في استخدامه.

مراحل الادمان الكحولي وفقاً لآراء جيلينك

وضع جيلينك تعريفاً للادمان الكحولي هو:

«اي تعاطي للمشروبات الكحولية يحدث ضرراً للفرد او للمجتمع او كليهما».

كما حدد جيلينك الادمان الكحولي باعتباره حالة مرضية تتطور وفقاً لمراحل محددة، كل مرحلة ذات اعراض تميل لان تحدث لدى غالبية الكحوليين، حيث يبدو ان المدمنين على الكحول من الذكور يمرون بنفس المراحل.

فقد اشار جيلينك (Jellinek, 1952) الى ان الكحوليين يمرون باربع مراحل في طريقهم الى الادمان، وذلك على اساس من دراسته لحوالي ٢٠٠٠ حالة من المدمنين على الكحول.

ففي المرحلة السابقة على الادمان الكحولي Prealcoholic phase يتناول المرء الشراب بشكل اجتماعي وفي المناسبات ولكن بصورة زائدة نوعاً ما للتخفف من توتراته ومما يعانيه من مشكلات.

وفي المرحلة الثانية السابقة على المرض Prodromal stage قد يختلس المرء الشراب. وقد يعاني من التعتيم Blackout (اي فقد الذاكرة للاحداث المصاحبة للتعاطي، وحيث يظل الشخص في حالة وعي، ويتحدث بشكل

منطقي، ويمارس نشاطات اخرى، دون ان يبدو انه في حالة سكر). ويبدأ الشخص في هذه المرحلة في استخدام الكحول كنوع من العقاقير، اكثر من استخدامه له باعتباره نوع من الشراب.

والمرحلة الثالثة هي المرحلة الحاسمة Crucial phase . وقد اطلق جيلينك هذه التسمية على تلك المرحلة حيث ان الشخص معرض لخطر فقدان كل شيء له قيمة بالنسبة له. وهو في هذه المرحلة يفتقد سيطرته على تناول الشراب. فما ان يبدأ في تناول الجرعة الاولى، حتى يستمر في الشراب الى الدرجة التي لا يستطيع بعدها تناول المزيد. ويبدأ في تناول الشراب طوال اليوم، ويصبح ذلك الامر معروفاً لاسرته واصدقائه والعاملين معه. وتبدأ عملية التكيف الاجتماعي في التدهور. ويمكن لمثل هذا الشخص التوقف عن تعاطي الكحول لعدة اسابيع او حتى لبضع شهور في بعض الاحيان، الا انه يعود مرة اخرى الى نفس الاسلوب السابق جميعه بمجرد ان يتناول جرعة واحدة من الشراب.

وتمثل المرحلة الرابعة تلك المرحلة المزمنة Chronic stage حيث يتم تناول الشراب بصفة مستمرة. ويعيش المرء على الشراب فقط. ويصبح جسده معتمداً على الكحول بحيث ينبغي تزويده به، والا يعاني من اعراض الانسحاب Withdrawal symptoms . واذا لم يكن الشراب الكحولي ميسوراً، فانه سوف يلجأ الى تناول اي سائل يحتوي على كحول. ويعاني من سوء التغذية، ومن مضاعفات فسيولوجية. ويهمل مظهره الشخصي، ويفتقد تقديره لذاته، ولا يكاد يستشعر بأي تأنيب للذات حول اي سلوك يتخذه. ويتوقف عن الاهتمام بأسرته واصدقائه وعمله ومكانته الاجتماعية .(Davison and Neale, 1986, P. 255)

ومع ذلك، فان آراء جيلينك هذه لا تنطبق دائماً في كل الاحوال. فهو يقرر ـ مثلا ـ ان الافراط في التعاطي في المرحلة الاولى انما يستهدف التخفف من التوترات ومما يعانيه المرء من مشكلات. وهذا يعني ـ بصورة او اخرى ـ ان كافة من يدمنون على الكحول انما يعانون اساساً من مشكلات نفسية، وان ذلك ـ بالتالي ـ هو العامل الرئيسي المسبب للادمان. علما بأن الامر ليس بمثل هذه البساطة. اذ ان هناك العديد من العوامل يفترضها الباحثون يمكن ان تكون مؤدية الى الادمان.

ومن جوانب النقد ايضاً لآراء جيلينك ان هناك ما يشير الى ان التعتيم Blackout لا يحدث في حالة التعاطي المعتدل للشراب. وان الكثيرين من الكحوليين لم يستشعروا ابداً حالة من التعتيم. ومن جهة اخرى، ليس هناك ما يشير الى ان جرعة واحدة مفردة من الكحول تؤدي الى قيام دافع قهري للاستمرار في تناول الشراب.

وبطبيعة الحال، فان آراء جيلينك لا تنطبق على النساء من الكحوليات. اذ يبدأ عادة ادمان المرأة للكحول في اعمار متقدمة[1]. وغالباً ما يكون ذلك عقب التعرض لخبرة صادمة ضاغطة مثل وفاة الزوج، او ازمة عائلية خطيرة.

وعلى اية حال، فلا بد ان نشير هنا الى ان آراء جيلينك هذه قد صاغها بناء على دراساته لحالات من جمعيات الادمان الكحولي Alcoholic Anonymous والتي يرمز لها عادة بحرفي AA . وهذا يعني ان هذه الآراء تنطبق فقط على افراد جماعات AA مما يحد من قيمتها وقابليتها للتعميم. اذ ان اعضاء هذه الجمعيات العلاجية يتم تشجيعهم على الاعتراف بمشكلاتهم لأنفسهم ولرفاقهم الآخرين في تلك المجتمعات. وهذا من شأنه

---

(١) ادمان المرأة للكحول لا يحدث بطبيعة الحال الا في المجتمعات الغربية في الاغلب.

ان يجعل البعض يتصور انه يعاني من نفس انماط معاناة رفاقه الآخرين، وهو أمر قد لا يكون بالفعل كذلك. ويمكن ان تحدث هذه الظاهرة بصفة خاصة بالنسبة للحالات التي تتأثر ذاكرتها نتيجة للافراط في تعاطي الكحول.

بعبارة اخرى، فان برامج هذه المجتمعات العلاجية AA قد تتدخل في طبيعة عملية التذكر المتعلقة بسير وتطور حالة الادمان الكحولي. كما ان عملية الانضمام الى تلك المجتمعات قد تمثل هي في ذاتها عاملاً انتقائياً لافراد معينين ينتمون الى ظروف وبيئات معينة. واعتمدت هذه البحوث اساساً على نوع من الدراسات الاسترجاعية الامر الذي يؤثر بلا شك على مستوى صدقها. ثم ان جميع الحالات التي اقام جيلينك دراساته عليها، كانت في مراحل متأخرة من الادمان الكحولي (Rusell, 1986, P.34).

تصنيف جيلينك للادمان الكحولي

حاول جيلينك ان يوضح مشكلات ومضاعفات تعاطي الكحول من خلال وضع تصنيف للشخص المدمن كحولياً في صورة الفا Alpha، وبيتا Beta، وجاما Gamma، ودلتا Delta، ونمط اطلق عليه Epsilon alcoholism.

ويصف جيلينك الادمان الكحولي من نمط الفا بأنه «اعتماد نفسي صرف على تأثير الكحول للتخلص من آلام جسمية او متاعب انفعالية».

ولا يؤدي تعاطي افراد هذه المجموعة للكحول الى فقدان السيطرة على تناولهم للشراب الكحولي، كما لا يؤدي الى فقدان القدرة على التوقف عن تناوله والتعفف والنقاء. ومع ذلك، فان المجتمع يعتبر سلوك هذه الفئة خارج عن المألوف.

ويرى جيلينك ان الادمان الكحولي من نمط الفا ليس فئة مرضية في ذاتها، وانما هو استخدام طبي للكحول، حيث يكون تناول الكحول يستهدف التعامل مع اعراض مرضية تعبر عن متاعب معينة. وانه غالباً ما تكون هناك مشكلات اكثر خطورة من مجرد الاقبال على تناول الشراب. ويقرر جيلينك انه غالباً ما يكون هناك انتقال من هذا النمط من التعاطي الى انماط اخرى اكثر خطورة.

ويمثل نمط بيتا صيغة من الادمان الكحولي تكون مصحوبة عادة بمضاعفات بدنية مثل: التهاب الاعصاب، التهاب المعدة، تليف الكبد Liver cirrhosis. ولكن لا يكون هناك اعتماد بدني او نفسي على الكحول. وفي الواقع، فقد كان جيلينك يشير الى مجتمعات معينة يحدث فيها هذا النمط من الادمان الكحولي، ويشيع فيها سوء التغذية والاستخدام المفرط للكحول كجزء من العادات الاجتماعية في تلك المجتمعات. ويقرر جيلينك ان اعراض الانسحاب غير شائعة بين افراد هذا النمط من الادمان الكحولي.

ويمثل الادمان الكحولي من نمط جاما صورة اكثر خطورة، حيث يكون هذا النمط مصحوباً بظاهرة التحمل Tolerance، واعراض الانسحاب Withdrawal symptoms، وفقدان السيطرة على تناول الشراب. ويشير هذا النمط الى تطور بالفعل من اعتماد نفسي الى اعتماد بدني، مصحوبا بتغييرات سلوكية ملحوظة. ويمثل افراد هذا النمط مجتمع المدمنين على الكحول المترددين على العيادات والجماعات العلاجية الموجودة اساساً في الولايات المتحدة المسماة Alcoholics Anonymous.

ويماثل نمط دلتا من الادمان الكحولي نمط جاما فيما عدا ان المدمن على الكحول من نمط دلتا لا يمكنه التوقف عن تعاطي الكحول حتى ليوم او يومين.

ومن اهم ما يمكن توجيهه من نقد الى تصنيف جيلينك لانماط الادمان الكحولي هو انه أشار بالنسبة لنمط دلتا الى ان هذا النمط يكون مصحوب في الاغلب بمضاعفات بدنية. ثم اشار - في نوع من التناقض - الى عدم قيام اعتماد بدني او نفسي على الكحول في هذا النمط. اذ انه من الحقائق التي لا شك فيها ان كثيراً من المضاعفات البدنية التي ذكرها جيلينك انما تحدث نتيجة لتعاطي الكحول بصورة مطوّلة، الامر الذي لا بد ان يصاحبه اعتماد بدني ونفسي.

ومن جهة اخرى، فمما لا شك فيه انه لا توجد اية فروق بين نمطي جاما ودلتا، حيث ان وصف نمط جاما يشير ايضاً - وان كان بشكل غير مباشر - الى عدم القدرة على التوقف عن التعاطي حتى ولو ليوم واحد او اثنين.

آراء الهيئات العلمية حول مفاهيم الادمان الكحولي

بالرغم من الجهود الهائلة والبحوث العديدة في مجال الادمان الكحولي، فان هناك عدم اتفاق حول تعريفه وتحديد مفهوم له. بل لا زال النقاش مستمراً فيما يتعلق بما اذا كان الادمان الكحولي هو عرض لاضطراب ما، ام انه حالة مرضية في ذاتها، ويبدو ان الجوانب الانفعالية والدينية والاخلاقية غالباً ما تعقد هذا الموضوع.

والتعريف الذي وضعته الجمعية الامريكية للطب النفسي American Psychiatric Association في الكتيب التشخيصي والاحصائي الثالث Diagnostic and Statistical Manual (DSM III) يركز على الجوانب السلوكية وعلى النمط المرضي لاستخدام الكحول. كما يؤكد على المظاهر الفسيولوجية مثل «الاحتمال»[1] Tolerance **واعراض الانسحاب**[2] Withdrawal symptoms. الا ان هذا التعريف لم يقدم اية فروض حول الميكانزمات الخاصة بالعملية المرضية. وقد اقام هذا التعريف تمايزاً بين اساءة الاستخدام الكحولي Alcohol abuse وبين الاعتماد الكحولي Alcohol dependence.

وينطبق مفهوم الاعتماد الكحولي عندما تكون المظاهر التقليدية للادمان قائمة سواء في صورة التحمل او استجابات الانسحاب. هذا وتنمو اعراض الانسحاب الاولى بين اولئك الذين يبدأون في تناول الكحول في سنوات

---

(١) تشير ظاهرة الاحتمال الى الحاجة المتزايدة لزيادة الجرعات من المادة التي اعتادها المرء للحصول على نفس التأثير الذي كان يستشعره من قبل.

(٢) تنشأ اعراض الانسحاب عند المدمنين عند التوقف الفجائي عن تعاطي المادة التي ادمن عليها الفرد، وتكون في صورة عدد من الاضطرابات الفسيولوجية التي لا يمكن تحملها، والتي يمكن ان تؤدي الى الوفاة في بعض الظروف. وتتخفف اعراض الانسحاب عادة عندما يعود المرء الى تعاطي المادة التي ادمن عليها.

مبكرة من العمر، في الثلاثينيات او الاربعينيات من عمرهم. ويشير نمط التعاطي الى فقدانهم السيطرة على تناولهم للكحول. والحاجة الى تناول الشراب يوميا. وعدم القدرة على التوقف عن الشراب بالرغم من محاولة ذلك. وكذلك فقدان القدرة على الاقتصار في تناول الشراب على اوقات محددة في خلال اليوم. وهم يعانون من فقدان الذاكرة (التعتيم)[1] Blackout للأحداث التي تقع خلال حالة السكر.

وتكون رغبتهم في تناول الكحول عارمة، بحيث يكونوا - في بعض الظروف مدفوعين لتناول الكحول الموجود في مواد اخرى غير الخمور. وتؤدي مثل هذه الحالات الى مشكلات اقتصادية واجتماعية مثل: مشاجرات مع الاهل والاصدقاء، سلوك عدواني في حالة السكر، غياب متكرر من العمل او فقد للوظيفة، الوقوع في مشكلات قانونية مثل حوادث المرور.

وتتصف زملة[2] الاعتماد الكحولي بما يلي:

١ - ميل نمط تناول الشراب لأن يصبح برنامجا يومياً منتظما مستمرا.

٢ - يأخذ تناول الشراب الاولوية على اية نشاطات اخرى بالرغم من النتائج السيئة لذلك.

٣ - يستلزم الامر زيادة كمية الكحول بصورة مستمرة، وبهذا فان الشخص يصبح قادر على تحمل كميات كبيرة من الكحول.

---

(١) تحدث ظاهرة التعتيم لبعض المدمنين على الكحول، حيث يفتقد تماماً كل الاحداث التي وقعت وهو تحت تأثير الكحول. ويمكن للمدمن وهو تحت تأثير حالة التعتيم ان يقوم بصور سلوكية مختلفة، وان يشترك في مناقشات مع آخرين، دون ان يتعرف احد على الحالة.

(٢) زملة Syndrome هي مجموعة من الاعراض المرضية تتزامل معا، اي تحدث مع بعضها البعض لتشكل حالة مرضية معينة.

٤ ـ يعاني المرء من رجفات وعرق وغثيان اذا ما توقف لفترات قصيرة عن تناول الشراب.

٥ ـ يمكن التخلص من اعراض الانسحاب او تجنبها من خلال تناول تالي للشراب وبخاصة في الفترة الصباحية.

٦ ـ يكون الشخص نفسه مدرك لحاجته الى الكحول، ويكاد يفتقد سيطرته على الكميات التي يتعاطاها من الكحول وعلى مرات ذلك.

٧ ـ تعود هذه الزملة بسرعة عندما يعود الشخص مرة اخرى الى تناول الشراب. بعد فترة من التوقف عن ذلك (Davison and Neale, 1986. P. 253).

وعلى هذا، ووفقاً لما جاء في الكتيب التشخيصي والاحصائي الثالث، يمكن القول بوجود ثلاث معايير للاعتماد الكحولي:

١ ـ نمط معين من الاستخدام الكحولي، يتمثل في الحاجة الى تعاطي الكحول يومياً حتى يمكن الاستمرار في مهام الحياة، وعدم قدرة على التوقف عن تناول الشراب، ومحاولات متكررة لتحقيق ذلك، وحدوث ظاهرة التعتيم، والاستمرار في تناول الكحول بالرغم من حدوث خلل بدني خطير.

٢ ـ اضطراب الحياة الاجتماعية والمهنية بسبب تعاطي الكحول، وحدوث مشكلات مثل: حوادث المرور، والسلوك العنيف، مشاحنات مع الاسرة والاصدقاء.

٣ ـ حدوث ظاهرة التحمل واعراض الانسحاب (Paredes, 1986. P. 57-58).

وتُعرّف منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) الادمان الكحولي بأنه «اضطراب سلوكي مزمن يكشف عنه تكرار تناول المشروبات الكحولية، بدرجة تزيد عن الاستخدام الغذائي والاجتماعي السائد في المجتمع، وبشكل يتدخل في صحة المتعاطي او وظائفه الاجتماعية او الاقتصادية».

ومن نواحي النقد لهذا التعريف:

١ ـ ان التعريف وصفي، يتناول الاعراض عن ان يتناول العوامل المسببة للادمان الكحولي.

٢ ـ انه يهتم بالجانب النوعي للعوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، وهذا يدفع الانسان في الاتجاه الاخلاقي عن الجانب العلمي.

٣ ـ تتضمن الجوانب الاجتماعية من التعريف اهتماماً اكبر بالانحراف الاجتماعي عن الاهتمام بمتاعب الفرد الاساسية. وهذا يعني ان الكثير من اضرار استخدام الكحول ينبغي ان يحدث قبل ملاحظة المشكلة (Chafetz, 1972, P. 1011).

وقد نشر خبراء منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٧ تقريراً استخدموا فيه لفظ «زملة الاعتماد الكحولي» Alcohol dependence syndrome. وتتلخص المظاهر الرئيسية لهذه الزملة فيما يلي:

١ ـ تناول الشراب بشكل منتظم.

٢ ـ التوكيد على السلوك الذي ينشد ويبحث عن الكحول.

٣ ـ تزايد ظاهرة التحمل للكحول.

٤ ـ تكرار ظهور اعراض الانسحاب.

٥ ـ التخلص من اعراض الانسحاب ـ بصورة متكررة ـ بالعودة الى الشراب.

٦ ـ الادراك الشعوري بوجود دوافع قهرية للشراب.

٧ ـ عودة ظهور زملة الاعتماد الكحولي بعد فترة من التعفف (التوقف عن تناول الشراب).

وقد أدرج الادمان الكحولي في النسخة الثامنة من **التصنيف الدولي للمرضى** International Classification of Disease (ICD) تحت عنوان «فئات اخرى من الاضطرابات العقلية من غير الذهانيين» وتتضمن هذه الفئة التشخيصية حالات مثل: تعاطي الكحول بشكل نوابي، الاعتياد على تعاطي الشراب، الادمان الكحولي.

ثم تمّ الاستغناء عن لفظ الادمان الكحولي بلفظ الاعتماد الكحولي وتشير زملة الاعتماد الكحولي الى «مجموعة متداخلة من اعراض معرفية وسلوكية وفسيولوجية، تتضمن الميل الى تناول الشراب بشكل نمطي، وتزايد اهمية السلوك الذي ينشد الشراب، وتناول الكحول للتخلص من اعراض الانسحاب، وامكانية العودة الى الشراب» (Paredes, 1986, P. 58).

هذا ويقترح احد الباحثين في مجال الادمان الكحولي (Chafetz, 1972, P. 1012) تعريفاً هو ان «الادمان الكحولي اضطراب سلوكي مزمن، يتصف بانشغال شديد بالكحول واستخدامه، بما يؤثر على الصحة العقلية والجسمية.

وفقدان للسيطرة عند البدء في تناول الكحول. واتجاهات تخريبية عند التعامل مع مواقف الحياة. وينشأ الادمان الكحولي من اضطرابات في خبرات الحياة المباشرة. ومن التغيرات المصاحبة لذلك في الاستجابات البدنية الكيميائية. ومن التوحد بشخصيات تتعامل مع مشكلات الحياة من خلال انشغال غير سوى بالكحول. ومن الوسط الاجتماعي الحضاري المؤدي الى حالةٍ من التباين والتناقض، والى صراع وشعور بالاثم من استخدام الكحول.

ويلاحظ في هذا التعريف انه يلح على الجانب المزمن من السلوك، ومن ثم لا يشير الى ادمان كحولي في حالات الاستخدام غير السوي للكحول الذي يمر به من وقت لآخر البعض من الناس. كما يركز التعريف ايضاً على «الانشغال» عن ان يركز على كمية الكحول والعمل على زيادتها. إذ ان ما يبدو كمية زائدة بالنسبة لشخص في وقت معين، قد لا يكون كمية زائدة بالنسبة لفرد آخر او حتى بالنسبة لنفس الشخص في وقت آخر. ومن جهة اخرى، فان الاشارة الى «فقد القدرة على السيطرة (الضبط)» في هذا التعريف انما تصف في الواقع كلا من المضاعفات النفسية والفسيولوجية القائمة.

ويشير هذا التعريف الى الاضطراب في خبرات الحياة الأولى، باعتبار ان ذلك امر شائع في مشكلات الادمان الكحولي وفقاً لبعض الآراء. ولما كانت الاضطرابات الانفعالية لها مصاحباتها من استجابات فسيولوجية، والعكس صحيح، فانه يمكن افتراض ان الاضطراب النفسي والحرمان العاطفي المبكر يمكن ان يؤدي الى تغيرات في الاستجابات البدنية الكيميائية للفرد.

وهناك اتجاه الى تصنيف الادمان الكحولي الى نمطين هما النمط الاستجابي والنمط الادماني (Chafetz, 1972, P.1019).

اولاً: النمط الاستجابي Reactive alcoholics

ينشغل افراد هذا النمط بالكحول عقب تعرضهم لحالة من الانعصاب مباشرة، اي عقب تعرضهم لأحداث ضاغطة، حيث يسعون من خلال الكحول الى التخلص من مشاعر الاحباط. ويحصل الفرد في كثير من الاحيان على نوع من الراحة، وتزداد قدرته على مواجهة المتاعب. ومع ذلك، فقد يعمل الكحول على زيادة حدة التوتر النفسي والاكتئاب، مما يؤدي الى انغماس اشد في تعاطي الكحول. ويؤدي الاستمرار في تعاطي جرعات اكبر من الكحول الى حدوث ظاهرة الاعتماد، ومن ثم يعمد المرء الى الافراط في تناول الكحول لتجنب اعراض الانسحاب.

وقد يعمد آخرون الى تناول الكحول لتعمية صور من المشاعر تحمل طابعاً تهديدياً، مثل الاذعان لميول جنسية مثلية، وتبرير ذلك بالشراب الكحولي.

ومن اكثر المواقف شيوعاً في هذا النمط الاستجابي، هو تلك المواقف التي يحتاج المرء فيها الى التغلب على عوائق نفسية. ومن نماذج ذلك حالة المحامي الذي يتناول قدراً من الكحول حتى يمكنه مواجهة القضاة.

وبدراسة تاريخ حياة هؤلاء الاشخاص الذين ينتمون الى النمط الاستجابي، نجد انهم كانوا قد حققوا توافقاً نجاحاً في السابق. وأوفوا بالتزاماتهم تجاه اسرهم والمجتمع. وحققوا اهدافاً تعليمية ومهنية وتقدماً مقبولاً نحو أهداف واقعية. وتكون بداية التعامل مع المشروبات الكحولية متفقة ومتزامنة مع بداية التعرض لحالة الانعصاب، اي التعرض لصور من ضغوط الحياة. ثم تنتهي نوبة الاقبال على الكحول بممارستهم لنوع من الضبط على هذا السلوك الكحولي.

ثانياً: النمط الادماني Addictive alcoholic

يكشف هذا النمط عن اضطراب عميق في الشخصية السابقة على الادمان الكحولي، مصحوبة بعلاقات سيئة مع الآخرين. وعن سوء توافق في الاسرة والمدرسة. وندرة في القدرة على تحقيق اهداف معينة. وشيوع عدم الاستقرار المهني او الوظيفي.

ويبدي مثل هؤلاء الاشخاص عشقاً للكحول منذ اول تناول له واول خبرة به. وليس من الممكن تحديد تاريخ بداية التعاطي، حيث تكون البداية بدون سبب واضح.

ويكون سلوك افراد هذا النمط من النوع المحطم للذات. ويسود ذلك كل ابعاد الحياة. وتكون جميع هذه الصور السلوكية في صيغة تؤدي الى ان يطلق افراد المجتمع عليهم لفظ «مدمنين».

وفي الواقع، فانه كلما كانت الحالة خبيثة سيئة، كلما كانت الاضرار جسيمة، وكلما تضاءلت احتمالات الشفاء. وقد استغرق هذا النمط كل الجهود حتى الآن.

الادمان المتعدد

«الادمان على الكحول والعقاقير»

هناك صورة اخرى من صور الادمان الكحولي تشيع بين اولئك الذين يسيئون ايضاً استخدام العقاقير. ويبدو ان نسبة انتشار الادمان على الكحول بين هذه المجموعة كان سابقاً على ادمانهم العقاقيري. وفي الواقع، فان مشكلة الادمان الكحولي العقاقيري ذات جذور عميقة وان تعاطي المدمن الكحولي للعقاقير ليس مجرد وجه آخر من اوجه اساءة استخدام مواد معينة، وانما هو دلالة على وجود اضطراب عميق طويل المدى.

وتشير مثل هذه الحالات الى نذر خطيرة ولها دلالتها من حيث خطورة الحالة. ومن الصعب علاج مثل هذه الحالات وتأهيلها. وينبغي ان يتم العلاج في الاقسام الداخلية للمستشفيات وليس في العيادات الخارجية. وفي الواقع، فان مشكلة الادمان الكحولي في مثل تلك الحالات اذا ما استمرت خلال العلاج وبعده، سوف تتدخل بلا شك في الجهود الموجهة نحو السيطرة على الادمان العقاقيري، والسيطرة على ما يصاحب ذلك من صور سلوكية اخرى، مثل البطالة والسلوك اللا إجتماعي.

ويتصف المدمنون على الكحول والعقاقير بطفولة غير سعيدة، مصحوبة في كثير من الاحيان بوفاة احد الابوين. ويتصف الجو المنزلي العام بالعدوان، وشيوع صور سلوكية غير سوية، ووجود افراد مدمنين في الاسرة. ويتصف

المدمن الذي يتبع هذا النمط خلال حياته الدراسية بعدم الاستقرار وصعوبة القدرة على التركيز.

وبالنسبة لمرحلة الرشد، فان افراد هذا النمط يندمجون مع الخارجين على القانون، يعيشون على مصادر غير مشروعة، لا يستقرون في سكن معين، يعانون من القلق والاكتئاب وأفكار انتحارية.

ويختلف افراد هذه المجموعة - في المجتمعات الغربية - فيما يتعلق بتاريخ ادمانهم على العقاقير. اذ انهم يتطرفون في اساءة استخدام العقاقير عن غيرهم. ويستخدمون العديد من انواع العقاقير، مع تطرف في استخدام الأمفيتامينات والماريجوانا عن غيرهم من المدمنين على العقاقير فقط دون الادمان الكحولي (Barr, 1978. Pp215-218).

الدراسات الوبائية (الانتشارية)

للادمان الكحولي

تستهدف الدراسات الوبائية (الانتشارية ـ الابيدميولوجية) بصفة عامة التعرف على توزيع ومحددات الامراض في المجتمع البشري. ولما كانت المفاهيم الوبائية تختص اساساً بتناول الامراض، فان ذلك يثير قضية هامة وهي ما اذا كنا سوف ننظر الى الادمان الكحولي باعتباره مرضاً من الامراض ام لا.

وفي الواقع، فان الاتجاه الى القول بأن الادمان الكحولي هو فئة مرضية، ذات مظاهر بدنية، وتتطلب علاجاً طبياً، لم يعد مقبولاً على مستوى عالمي. وهناك مَن يرى ان الادمان الكحولي هو مجرد مجموعة من اعراض ومظاهر سلوكية مختلفة مرتبطة باساءة استخدام الكحول، مصحوبة باضطرابات بدنية ونفسية واجتماعية (Paredes, 1986. P.60). الا ان النقاش حول هذا الموضوع لم يمنع الباحثين من استخدام الطرائق الوبائية في دراساتهم للادمان الكحولي.

ومن جهة اخرى، تعتمد الدراسات الوبائية ـ اساساً ـ على وجود تعريف محدد للظاهرة موضع الدراسات، ومعايير تشخيصية متفق عليها. وهي جميعاً ذات قيمة هامة من وجوه عدة. فالتعريف الموحد والمعايير التشخيصية المحددة ذات اهمية في تحسين الاتصال ما بين المشتغلين في ذلك المجال

المعين. كما تحدد بشكل ضمني التوقعات بشأن طبيعة الاعراض والمظاهر الاكلينيكية، ومسار المرض، والعوامل السببية او العليّة في الاضطراب بصورة او اخرى.

ولا يوجد حتى الآن اجماع حول معايير تشخيص الادمان الكحولي. كما ان التعاريف القائمة هي تعاريف فضفاضة. بل ان لفظ الادمان الكحولي Alcoholism قد تخلت عنه ـ حاليا ـ بعض الاتجاهات. ومع ذلك فان التعاريف واسعة الانتشار تتضمن اربع عناصر اساسية هي: المبالغة في الشراب، اضطراب عقلي ناجم عن الشراب، اضطراب الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

وبصفة عامة، يمكن القول بأنه لا توجد حتى الآن احصاءات موثوق بها تعبر عن الطبيعة الوبائية لهذا الاضطراب. وهناك دراسات غير حديثة (Jellinek, 1960) استخدمت فيها معايير جيلينك (Franks, 1970. P.450) قد تقدم بعض المؤشرات في هذا الصدد: اذ يمكن القول بوجود ٤,٥ ـ ٥ مليون من المدمنين على الكحول في الولايات المتحدة من بين ٨٠ مليون نسمة ممن يستخدمون الكحول. وتبلغ نسبة الذكور الى الاناث ـ بصفة عامة ـ ٥,٥ : ١ الا ان هذه النسبة تتفاوت تفاوتاً كبيراً من مجتمع لآخر. فقد تبلغ هذه النسبة في بعض المجتمعات ١٤:١ بينما تبلغ في مجتمعات اخرى ٢:١.

التأثير الفسيولوجي للكحول

أولا: التأثير قصير المدى

يمارس الكحول تأثيره عند دخوله مجرى الدم وانتقاله الى المخ حيث يحدث اقصى تأثير له. وعلى هذا فان الكحول الذي لم يتم امتصاصه من القناة الهضمية لا يكون له اي تأثير مهما كانت كميته. وتتوقف سرعة ترك الكحول للمعدة والامعاء الدقيقة وامتصاصه في الدم على عدة عوامل منها: كمية ونوع الطعام الموجود في المعدة، ونوع الشراب الكحولي المستخدم وكمية ودرجة تركيزه، والظروف التي يتم خلالها تناول الشراب، والحالة الوجدانية للفرد، والتكوين الجبلي له (Constitution).

بعبارة اخرى، تتوقف فاعلية الكحول على درجة تركيز الكحول في الدم، والتي بدورها تتوقف على كمية الكحول التي يتم تناولها في فترة زمنية معينة، ووجود طعام في المعدة او خلوها منه، وحجم جسم المتعاطي وتكوينه البدني، ودرجة فاعلية الكبد.

وفي الواقع، فان الانواع المختلفة من الكحول تتفاوت في معدلات تمثيلها وآكسدتها. فمثلاً، يتم اكسدة الكحول الايثيلي الموجود في المشروبات الروحية بسرعة بمقارنته بالكحول الميثلي الذي يتم أكسدته ببطء شديد. وبسبب هذا البطء فان الكميات الكبيرة منه ـ اي من الكحول الميثيلي ـ قد تتراكم في الدم مسببة العمى او الوفاة.

ومن جهة اخرى، فان الدهون والبروتينات تعمل على تأجيل امتصاص الكحول. ويستفيد الكحوليون المتمرسون من هذه الظاهرة حيث يختلف تأثير الكحول في حالة معدة خاوية، عنه في حالة معدة ممتلئة بالطعام. كما يؤدي تناول الماء قبل تعاطي الكحول الى الاسراع من معدل امتصاص الكحول، وكذلك الحال بالنسبة لغاز ثاني اكسيد الكربون.

ولا يمر الكحول بأي عملية من عمليات الهضم عقب تناوله، ويمر على الفور قدر من الكحول الى مجرى الدم خلال جدار المعدة، في حين ان غالبية كمية الكحول تمر الى الامعاء الدقيقة حيث يتم امتصاصها من هناك الى الدم مباشرة.

وفي هذا الصدد، فان امتصاص قدر من الكحول يتم مباشرة من خلال المعدة، على خلاف من سائر الأطعمة المختلفة. ومع ذلك فان حوالي ٢٠٪ فقط من الكحول هي التي تصل الى الدم من المعدة مباشرة. وهذا التحديد في كمية الكحول الذي يتم امتصاصه من المعدة يحول دون حدوث تأثيرات للكحول قد تكون خطيرة. حيث انه اذا زاد معدل تركيزالكحول في المعدة، يتم افراز مخاط، ويغلق الصمام البوابي، مما يؤدي الى ابطاء عملية الامتصاص والحيلولة دون مرور الكحول الى الامعاء الدقيقة. الا ان هذا الميكانزم وما يصاحبه من تقلصات الصمام البوابي يمكن ان يؤدي الى الغثيان والتقيء.

ويتم التخلص من الكحول عقب امتصاصه مباشرة من خلال سلسلة من الخطوات. اذ يتحول الكحول في الكبد الى استيالديهيد Acetaldehyde ثم الى خلات Acetate ، ويتم اكسدة هذه الاخيرة الى ثاني اكسيد الكربون وماء. هذا في حين ان حوالي ١٠٪ من كمية الكحول المستخدمة يتم التخلص منها بدون اي تغيير من خلال الكليتين والرئتين.

ويمكن للكبد ان يعمل على تحويل حوالي اوقية من شراب الويسكي (درجة تركيزه ٥٠٪) في الساعة، بينما تظل الكميات الزائدة عن ذلك في مجرى الدم. وفي الواقع، فبالرغم من ان امتصاص الكحول يمكن ان يتم بقدر من السرعة، الا ان تخلص الجسم منه يكون عادةً بطيئاً بمقارنة ذلك بعملية امتصاصه.

وتولد عملية اكسدة الكحول نوعا من الحرارة والطاقة، الا انه لا يمكن اختزان تلك السعرات الحرارية. وفي هذا الصدد، فان متعاطي الكحول قد يستوفي من الشراب حاجته من الطاقة، الا ان ذلك يكون عادة على حساب تجاهله لاحتياجاته الغذائية، الامر الذي يمكن ان يؤدي الى مضاعفات عدة.

والكحول هو مُهبِّط Depressant للجهاز العصبي المركزي. وتتوقف المناطق التي تتأثر من المخ، ومستوى هذا التأثير على عوامل عدة منها مستوى تركيز الكحول في الدم، وخبرة الفرد بالشراب والظروف المحيطة بعملية التعاطي، وغير ذلك من عوامل اشرنا اليها من قبل.

ويعمل الكحول ـ باعتباره من المهبطات ـ على كف المراكز الدماغية العليا في اول الامر. ومن ثم فان هذا التأثير المبدئي للكحول يؤدي الى نوع من التنبيه والتنشيط. حيث يتم التخفف من عوامل التوتر والكف Inhibitions. وقد يستشعر المتعاطي بحالة من حسن الحال، وزيادة ميوله الاجتماعية. اذ تتناقص عوامل الكف والقيود التي تسيطر على سلوك الفرد وعمليات الحكم Judgement لديه، وذلك عند مستوى ٠,٠٥٪ من الكحول في الدم.

ويتأثر السلوك الحركي والكلام بدرجة ما عند متسوى ٠,١٪ من تركيز

الكحول في الدم. وهذا المستوى من التأثير هو الذي ينشده المتعاطي عادة. وفي الواقع فان ما ينشده المتعاطي من حسن الحال هو نوع من الخداع. اذ انه نتاج لتغير في طبيعة السلوك عندما يزيل الكحول صور الكف والقيود التي تكون قائمة على السلوك عندما لا يكون الانسان تحت تأثير الكحول، وحيث تبدو الحياة اكثر اشراقا، ويزول نقد الانسان لذاته.

وعندما ترتفع نسبة تركيز الكحول في الدم الى ٠,١٥٪ فان ذلك يؤخذ كدليل على حالة السكر بالنسبة لقيادة السيارات.

ويتزايد تدهور الوظائف المختلفة عند مستوى ٠,٢٠٪. وتتأثر المناطق الحركية Motor area من المخ بشكل عميق. ويكشف غالبية الناس عن مظاهر واضحة من السكر عند مستوى ٠,٢٥٪ من تركيز الكحول بالدم.

ويتأثر الادراك الحسي بشكل خطير عند مستوى ٠,٣٠٪. وتحدث الغيبوبة Coma عند مستوى ٠,٤٠٪. وتتأثر المراكز التي تحكم عمليات التنفس وعمل القلب عند مستوى ٠,٦٠٪ او ٠,٧٠٪ الامر الذي يمكن ان تتبعه الوفاة.

ثانياً: التأثير طويل المدى

بالاضافة الى ما يحدثه التناول المستمر المطوّل للكحول من تدهور نفسي واضطراب في العلاقات الاجتماعية وظروف العمل والحالة الاقتصادية للشخص المتعاطي، فان ذلك يكون مصحوب عادةً بمضاعفات فسيولوجية خطيرة.

فلما كان الكحول يؤثر على الغدة النخامية، فان الادمان الكحولي يؤدي عادة الى اضطراب في توازن سوائل الجسم والأملاح.

ويعاني الكحولي من سوء تغذية قد يكون خطيرا. فهو يهمل تناول كميات مناسبة من الطعام كما ونوعا في مقابل اسرافه في تعاطي الشراب. ولهذا فان السعرات الحرارية التي يتزود بها المرء من الكحول لا تمده بالمواد الاساسية اللازمة للجسم. وهناك اعتقاد بان القصور الشديد في مجموعة فيتامينات ب من العوامل المؤدية الى ذهان كورساكوف Korsakoff's psychosis. وان النقص الشديد في تناول البروتينات يؤدي الى تليف الكبد Liver cirrhosis حيث تترسب الدهون في الكبد، وهو امر قابل للتعديل.

وهناك تغيرات فسيولوجية اخرى تنتج عن الاستخدام المستمر المطول للكحول مثل: هبوط القلب، ارتفاع ضغط الدم، نزيف بعض الشعيرات الدموية، تلف في بعض خلايا المخ، وبخاصة خلايا الفص المقدمي Frontal Lobe . وهناك شواهد على ان الاستخدام الزائد للكحول خلال الحمل يؤدي الى تأخر نمو الجنين. كما يمكن ان يؤدي الى ميلاد طفل متخلف عقلياً وحالة من التشوهات الخلقية.

ويمكن ان يؤدي التوقف الفجائي عن تناول الكحول، بعد فترة مطوّلة من

التعاطي، الى نتائج سيئة جدا. اذ يستشعر المرء بحالة من الاكتئاب، وعدم الاستقرار، وعدم القدرة على النوم، ورجفات في العضلات وخاصة الصغيرة منها في الاصابع والوجه والشفتين، وارتفاع في ضغط الدم، وزيادة في النبض، وارتفاع في درجة الحرارة مصحوب بعرق غزير، وبطء في استجابة حدقة العين للضوء.

ويشير حدوث اعراض الانسحاب Withdrawal symptoms الى ان للكحول خاصية الادمان. كما ان من الشواهد على ذلك ايضاً حدوث ظاهرة التحمل Tolerance.

ويمكن القول بصفة عامة ان التأثير المباشر للكحول على الجهاز العصبي هو تأثير كاف للمراكز العصبية العليا، لهذا يصبح سلوك الفرد غريزياً واكثر بدائية. ويؤدي التحرر من الضبط الذي تمارسه هذه المراكز العليا الى زيادة الاحساس بالثقة بالنفس دون وجود ما يبرر ذلك، والتحرر من عوامل القلق والتوتر والهموم، وكذلك التحرر من الخجل، وذلك على حساب الانتباه والتيقظ والحكم السليم والنقد الذاتي.

وهكذا يمكن للشخص الخجول ان يصبح اجتماعياً، كما يصبح طليق اللسان. ويصبح من يعاني من شعور بالنقص اكثر ثقة من نفسه. ولكن مما لا شك فيه ان البعض قد يكتئب مزاجهم، وقد يحاولوا الانتحار وهم سكارى. كما ان البعض الآخر قد يصبح سلوكه عدوانياً ويتميز بحالة متطرفة من العنف.

ويؤثر الكحول على الكفاية الانتاجية. ويؤدي الى خفض في القدرة على الضبط والتآزر الحركي. كما تكون الحركات بطيئة وعشوائية مما يتدخل في طبيعة آداء العمل. وتعمل زيادة الحركات العشوائية على

اعطاء إحساس مخادع بزيادة السرعة والكفاية. ويؤدي الكحول ايضاً الى تدهور في العمليات العقلية التي تعتمد على الذكاء والذاكرة والانتباه والحكم.

هذا بالاضافة الى ان الادمان الكحولي وما يصاحبه من اضطراب في التوازن الفسيولوجي يؤدي - كما اشرنا من قبل - الى تلف دائم للعديد من انسجة واعضاء الجسم. الأمر الذي يشير الى ان النتائج الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية للادمان الكحولي هي نتائج خطيرة جدا.

مضاعفات الادمان الكحولي

يؤدي الادمان الكحولي الى العديد من المضاعفات الصحية والاجتماعية والاقتصادية. ومن بين تلك المضاعفات ما يتناول الحياة العقلية للشخص المدمن. على انه بالنسبة للكثير من الحالات فان الكحول - في ذاته - هو مجرد وسيلة تظهر من خلالها مشكلات الشخصية القائمة. هذا في حين انه في حالات اخرى، فان التفاعل ما بين العوامل النفسية والفسيولوجية هو بشكل يزيد الموقف تعقيدا. اذ نجد مثلاً في حالات زملة[1] كورساكوف، والتدهور المصاحب لحالات الادمان الكحولي المزمن[2]. فان الذهان لا يعود الى التأثير الضار للكحول في ذاته، وانما قد يعود الى القصور في مجموعة فيتامينات ب. ومع ذلك، فانه حتى في مثل تلك الحالات، فان تكوين الشخصية يعمل على صياغة الصورة المرضية. هذا بالاضافة الى ان الادمان الكحولي - في بعض الحالات - يمكن ان يكون عرضاً لحالة فصامية[3] او

---

(١) زملة = Syndrome هي مجموعة من الاعراض تتزامل معاً وتصاحب بعضها بعضاً لتمثل حالة مرضية معينة.

(٢) التدهور الكحولي يحدث لمن يفرطون في تناول الكحول لمدة طويلة حيث يعانون من عدم تكامل الشخصية، وخفة انفعالية (سهولة التقلب الانفعالي) Emotional lability ، ومظاهر من العته Dementia.

(٣) يشير الفصام Schizophrenia الى انفصال بين الفكر والشعور والواقع، والى تفكك وتدهور في سائر ابعاد الشخصية.

ذهان الهوس ـ الاكتئاب[1] وفيما يلي بعض من صور الذهان الناتج عن الادمان الكحولي.

الهذيان المخيف Delirium Tremens (D.T.'s)

هو حالة ذهانية حادة تحدث عادة بعد فترة طويلة من الافرط في تناول الشراب. ونادراً ما تحدث هذه الحالة لمن هم دون سن الثلاثين عاما. وكان هناك اعتقاد بان التوقف الفجائي عن الشراب هو سبب هذه الحالات، الا انه اتضح ان ذلك ليس صحيح تماما. اذ يمكن ان يؤدي خفض مستوى الكحول في الدم ـ وإلى غيابه تماما ـ الى استثارة حالة الهذيان المخيف. وبالمثل، فان للاصابات وبعض صور العدوى دور في ظهور هذا الاضطراب.

وعادة ما يسبق هذه الحالات أعراض معينة مثل: عدم الاستقرار Restlessness، اضطراب النوم مصحوب بأحلام مزعجة، سهولة الاستثارة، رجفات، الاعراض عن الطعام ونفور منه. ١

ويكثر حدوث خداع البصر[2] والهلاوس. ويستشعر المريض حالة من الفزع من حشرات وحيوانات تتحرك ويحاول الهرب منها. اذ تشيع عادة الهلاوس الحسية (اللمسية). فقد يعاني من هلاوس تتعلق بثعابين وخنافس وعناكب وما اشبه تبدو زاحفة على الحائط او على جسد المريض او تملأ الغرفة. وقد يعمد المريض الى خدش جلده بأظافره في محاولة للتخلص من

---

(١) ذهان الهوس ـ الاكتئاب Manic-depressive psychosis هو مرض عقلي يتصف اساساً باضطراب في الحالة الوجدانية والتعرض لنوبات متبادلة بين حالتي الهوس والاكتئاب، او قد تقتصر الحالة الوجدانية على اي منهما.

(٢) خداع البصر Illusion هو تفسير خاطيء للمدركات الحسية، فقد يفسر المرء الحبل ـ مثلا ـ باعتباره ثعبان.

تلك الحشرات. كما يمكن ان يعاني من هلاوس شمية في صورة غازات يتم ضخها في غرفته مثلاً. هذا في حين ان الهلاوس السمعية نادرة الحدوث.

وبالرغم من ان الحالة المزاجية التي تسود في تلك الحالات هي الخوف والفزع وسهولة الاستثارة، الا ان المريض يبدو عليه ايضاً الاستخفاف ومشاعر حسن الحال والسخف، بل والسرور عند سرده حكايات معينة احيانا.

ومن الشائع ان يعاني المريض من خلط وعدم الوعي بالزمان والمكان، ويكون انتباهه عابر، ويكون من المستحيل عليه ان ينام.

ويكشف الفحص الطبي عن احتقان ملحوظ للملتحمة Conjunctivae ، واتساع انسان العين وبطء استجابته، وسرعة النبض وعدم انتظامه وضعفه، وارتفاع درجة الحرارة.

واذا ما استمر ارتفاع درجة الحرارة، فان نسبة لا بأس بها من خلايا المخ قد ينتابها التلف. وقد تحدث نوبات تشنجية. وتكون احتمالات الموت قائمة اذا لم يتم اسعافه.

وبالنسبة للسببية في هذا النمط من الاضطرابات، فمن غير المحدد تماما طبيعة العوامل المحدثة له، الا ان هناك احتمال بأنها تعود الى خلايا المخ سببها التدهور والالتهابات. كما تلاحظ زيادة في الخلايا الغرائية[١] Glia cells ، وتدهور في الغلاف الميليني[٢].

(١) الخلايا الغرائية هي خلايا تدعم وتربط الخلايا العصبية ببعضها البعض. وهناك احتمال بوجود وظائف اخرى لها مثل نقل المواد الغذائية والتخلص من الفضلات وتداول المعلومات Information Processing.

(٢) الغلاف الميليني هو غشاء من مادة دهنية بيضاء تغطي تلك الزائدة الطويلة عادة للخلية العصبية المسماة بالمحور Axon، ويقوم هذا الغشاء اساسًا بوظيفة عازل للشحنات الكهربية بالخلية العصبية، كما ان له دور في الاحتفاظ بتكامل الخلية العصبية على امتداد طولها.

وعادة ما تستمر حالة الهذيان المخيف لمدة من ثلاث الى عشرة ايام. وتتحسن حالة المريض بعد فترة طويلة من النوم، حيث يصحو المريض بذهن اكثر صفاء، وتختفي الهلاوس. وتتوقف نذر المرض على الحالة البدنية للمريض، ووجود امراض اخرى او خلوه منها. الا ان هؤلاء المرضى اما انهم يشفون، او يموتون من جراء هبوط بالقلب او التهاب رئوي، او قد ينتقلون الى حالة مرضية اخرى هي ذهان كورساكوف.

ويتضمن علاج حالات الهذيان المخيف[1] انسحاب المريض من الكحول. ووضعه في الفراش تحت رعاية تمريضية كافية. وينبغي عدم استخدام قيود لتقييد حركة المريض. اذ ان الكثيرين من المرضى قد فارقوا الحياة من جراء مقاومتهم لمثل هذه القيود، او بسبب تأثير مهدئات قوية. وينبغي ان تتضمن الخطة العلاجية الاهتمام بغذاء عالي السعرات الحرارية والفيتامينات، والاهتمام بتوازن سوائل واملاح الجسم.

زملة كورساكوف Korsakoff's syndrome

وصف هذا المرض الطبيب الروسي سيرجي كورساكوف Sergei Korsakoff عام ١٨٨٧. وقد تكون هذه الزملة مسبوقة بالهذيان المخيف Delirium Tremens كما ذكرنا من قبل.

وتتكون هذه الزملة من عدة اعراض منها: فقدان للذاكرة، خلط او

(١) لكي نكون في الصورة العلاجية، فان العلاج يتضمن حقن المريض بالبارلديهايد Paraldehyde من ٨ الى ١٢ سم كل ٦ ساعات، مع خفض هذه الجرعات تدريجيا. واعطائه كلوربرومازين Chlorpromazine ثلاث او اربع مرات في اليوم. وينبغي تجنب اعطاء المريض مورفين.

تحريف للذاكرة، عدم ادراك الزمان والمكان، التهاب الأعصاب الطرفية. وفي الواقع، فان من الاعراض الرئيسية في هذا النمط من الاضطرابات هو فقد للذاكرة للأحداث التي وقعت توا في اغلب الامر Anterograde amnesia مصحوباً بخلط وتحريف للواقع. فاذا ما سألنا المريض عن غذائه ـ مثلا ـ الذي تناوله توا قبل وقت قصير، فانه يكون غير قادر على الاجابة على ذلك، الا أنه سرعان ما يقدم وصفاً لوجبة يتخيلها في نوع من التزييف للواقع. وفي هذا الصدد، فان المريض الذي يقيم في مستشفى للأمراض العقلية قد يصف وجبة فاخرة جداً، دون ان يدرك استحالة تناوله مثل هذه الوجبة الفاخرة في ذلك المستشفى.

ويبدو المريض للوهلة الاولى طبيعياً، في حالة صفاء ذهني، ودودا. ومع ذلك، ينقصه القدرة على اصدار احكام سليمة. لا يدرك ان الآخرين لا يصدقون ما يرويه لهم. وقد يصبحون خاملين، يعانون من حالة من الخلط الشديد، وعدم ادراك للزمان والمكان والناس.

وبالرغم من ان المريض بزملة كورساكوف قد يكون قادراً على التعامل مع الاحداث الراهنة، الا انه يعجز عن ذلك في الاحوال التي تتطلب عمليات من التذكر. وتتزايد حدة فقدان الذاكرة، ويستجيب لما يعانيه من فقد الذاكرة بنوع من التحريف يستند الى ما هو غير واقعي او حقيقي.

وتشيع بين هؤلاء المرضى حالة من مزاج مرح طروب. وتكون هذه المظاهر من الخلط والمزاج الطروب، نوع من الدفاعات ضد ما يعانونه من قصور.

وتكون مظاهر التهاب الاعصاب الطرفية اكثر وضوحاً في الاطراف السفلى مصحوبة بالآلام. كما يختفي منعكس الركبة Knee jerk .

وتعود زملة كورساكوف اساساً الى قصور غذائي، وبخاصة في مادتي الثيامين Thiamine والنياسين Niacin . مصحوباً بتدهور في المخ المقدمي Cerebrum، والاجسام الحلمية Mammillary bodies .

وتختفي هذه الزملة بين الكثيرين من المرضى في خلال فترة من ٦ الى ٨ اسابيع، ويعودون الى مستواهم السابق من الإداء العقلي. الا ان هذه الزملة لا تختفي تماماً لدى الآخرين، حيث يستغرق التحسن وقتاً اطول، ولا يسترجع المريض ذاكرته كاملة. هذا في حين ان بعض المرضى يظللون في حالة دائمة من الاعاقة الذهنية والوجدانية.

ويكون العلاج في صورة الانسحاب من الكحول، واعطائه مادة الثيامين Thiamine chloride يومياً لبضعة ايام، يعقبها تناول بودرة الخميرة في حليب مثلج ثلاث مرات يوميا. ويكون الطعام غنياً بكل المكونات الغذائية. وتفيد الراحة بالنسبة لأعراض التهابات الاعصاب.

الهلاوس الكحولية الحادة Acute alcoholic hallucinosis

يشير كثير من الآراء الى ان هذه الحالات تمثل ظهور لإضطرابات كامنة في الشخص نتيجة تعاطي الكحول. وان هناك علاقة وثيقة بين هذه الحالات والفصام (الشيزوفرينيا). وانها في واقع الامر استجابات من نوع الفصام تتحرر بواسطة الشراب. ويصبح المرضى الذين يعانون من هذه الحالات فصاميين مع مرور الوقت.

وتحدث هذه الحالات عادة عقب استخدام الكحول فترة طويلة. ويعاني المريض من هلاوس سمعية ذات طبيعة تهديدية، وذلك على النقيض من الهلاوس البصرية وتغيّم الشعور في حالات الهذيان المخيف. وعادة ما تتهم هذه الهلاوس السمعية المريض الذكر او تهدده باعتداء جنسي مثلي. اما بالنسبة للنساء، فان الاتهام او التهديد غالباً ما يتضمن الفوضى الجنسية.

ويشيع خداع البصر Illusion والهلاوس السمعية، الا ان الهلاوس البصرية امر نادر الحدوث كما ذكرنا من قبل. وبالرغم من ان المريض يعاني من حالة هلاوسية، الا انه يكون على وعي بالزمان والمكان. ويعاني المريض من حالة من الفزع والخوف، مصحوب بالغضب او الاكتئاب، وتشيع محاولات الانتحار. وعندما تتحسن حالته يمكن ان يتذكر بوضوح الاحداث والافكار والمشاعر ذات الطبيعة الذهانية التي مرت به.

ولعلاج هذه الحالات، ينبغي ايداع المريض بالمستشفى. والعمل على انسحابه من الكحول. وعلاجه بالعقاقير المهدئة ومضادات الاكتئاب، وتزويده بمدد غذائي كافي وبالڤيتامينات.

وتستمر هذه الحالات فترة زمنية تتراوح بين بضعة ايام وشهر، الا ان

الانتكاس امر شائع اذا عاد المريض مرة اخرى الى الكحول. ونادراً ما تتبع هذه الحالة زملة كورساكوف، الا انه من الشائع الانتقال الى حالة من الفصام الصريح.

بارانويا الادمان الكحولي Alcoholic paranoia

يعمل الكحول على خفض عوامل الكبت، وبهذا فان الدوافع الجنسية المثلية تطفو الى السطح. ويتم الدفاع عن هذه الدوافع من خلال نظم هذائية هي من خصائص البارانويا. ويكون الاسقاط[١] Projection شديداً حيث يتهم المريض الآخرين بما يعتمل في نفسه. ويعمل فقدان القدرة الجنسية Impotence الذي يحدثه الكحول على زيادة حدة تساؤلاته حول دوره الذكري، مما يؤدي الى قيام حالة من الذعر لدى المريض.

وتتصف الصورة الاكلينيكية ايضاً بهذاءات الشك والغيرة مصحوبة بعدم الثقة في الآخرين. وبالرغم من ان المريض يكون احسن حالاً واقل هذاء، عندما يودع في المستشفى، الا ان نذر المرض ليست طيبة في الاغلب. ومع انه قد يتحسن ويستجيب للمقاييس العلاجية، الا ان عودة المريض الى بيئته الاصلية قد تؤدي الى ظهور الاعراض مرة اخرى في غالبية الحالات.

---

(١) الاسقاط Projection هو ميكانزم دفاعي يتم من خلاله توجيه الدوافع والرغبات والمشاعر المحظورة الخاصة بالمريض نحو الآخرين والصاقها بهم. فمثلا، الشخص الذي يعاني من قيام دوافع عدوانية لديه، فانه يعمد الى الصاق هذه الدوافع بالآخرين، وبهذا يعفي نفسه من مشاعر الاثم، حيث يرى ان سلوكه العدواني انما هو استجابة ورد فعل لعدوانية الآخرين، وان الآخرين هم الذين يتصفون بالقسوة والعنف، وان سلوكه ما هو الا رد على سلوك الآخرين.

التسمم (السكر) المرضي Pathological intoxication

لا يمكن اعتبار هذه الحالات نمطاً من الاضطرابات العقلية، وانما هي نوع من الاستجابة المتطرفة لتعاطي الكحول. وهي قد تحدث حتى مع تناول كميات صغيرة من الشراب للبعض من غير المدمنين او لمن هم على حافة الادمان. ويبدو ان غالبية من يمرون بهذه الحالة من التسمم المرضي يتصفون بشخصية هستيرية او صرعية.

وتتلخص الاعراض في: خلط، عدم ادراك الزمان والمكان، هذاءات، خداع بصري، هلاوس بصرية، نشاط زائد، سلوك اندفاعي وعدواني يصل حد التخريب، قلق وغضب، اكتئاب، محاولات انتحارية. وتنتهي الحالة عادة بنوم لفترة طويلة. وعند اليقظة يكون فاقداً للذاكرة بالنسبة لكل ما حدث.

نظريات الادمان الكحولي

وجهة نظر التحليل النفسي

يشير مجمل آراء المشتغلين بالتحليل النفسي الى ان العامل المسبب للادمان الكحولي هو التثبيت حول المرحلة الفمية[1] Oral stage. اذ ان العلاقة الاولى بين الام وطفلها قد تؤدي الى اشباع حاجات الطفل في المرحلة الفمية، او الى احباط هذه الحاجات.

وهناك افتراض بان خبرة المرء بأم تفرض نوعاً من الحماية الزائدة، يمكن ان تؤدي الى قيام حاجة قوية لديه لان يظل في حالة من التواكل والاعتماد على الآخرين. وعندما يتم احباط هذه الحاجة، ينتابه غضب شديد وتقوم لديه، مشاعر عدوانية نحو الآخرين. وقيام مثل هذه المشاعر يجعله يعاني من الشعور بالاثم. ويفرط في تناول الشراب للعمل على خفض هذه الدوافع، وكذلك كي يعاقب ـ بشكل غير مباشر ـ اولئك الذين يمسكون عنه الحب والعطف.

---

(١) يقرر فرويد بأن الطفل يمر بمراحل متتابعة من النمو النفسي الجنسي. اذ يدخل الطفل خلال السنة الاولى من عمره في المرحلة الفمية حيث تتركز حياة الطفل حول فمه يتلقى من خلاله الحب والغذاء. وبدخول الطفل السنة الثانية من عمره ينتقل الى المرحلة الشرجية حيث يبدأ تدريبه على عادات النظافة، اي ضبط عمليات الاخراج. ثم ينتقل الطفل الى المرحلة الثالثة من مراحل النمو النفسي الجنسي وهي المرحلة الاوديبية (نسبة الى اسطورة اوديب) والتي تستمر من ثلاث الى سبع سنوات تقريبا. ويتجه الطفل الذكر بمشاعره نحو الام حيث يريد ان يستحوز عليها ويحل محل الاب. وتتجه البنت بمشاعرها نحو الاب وتريد ان تحل محل الام. وتنتهي المرحلة الاوديبية بأن يتوحد الابن الذكر بشخصية الاب ويصبح كما لو كان هو الاب نفسه. وتتوحد البنت بأمها وتصبح كما لو كانت هي الام ذاتها.

وفي هذا الصدد، كان فرويد يري ان الادمان الكحولي هو نتاج لتأثيرات فمية تعرض لها المرء خلال طفولته. وان الكحول يعمل على احداث تغييرات في الحالة المزاجية، وما يتبع ذلك من نكوص Regression الى مستويات سابقة من التفكير لتحقيق اشباع من خلال عمليات تفكير غير مرتبطة بالواقع والمنطق. بعبارة اخرى، يمكن القول بأن الكحول يزود المرء بوسيلة للهرب من الواقع.

بمعنى ان الافراط في تناول الشراب هو نوع من الميكانزمات الدفاعية تستهدف خفض الصراع النفسي او التخلص من مشاعر الاثم.

ويعزو ادلر الادمان الكحولي الى مشاعر عميقة بالنقص، تعود الى حالة مستمرة من عدم الشعور بالامن، والرغبة في الهرب من المسؤولية. ويرى ادلر ان الكحولي قد يتصف بالخجل والميل الى العزلة، وزيادة الحساسية، والقلق او الاكتئاب، وعدم الكفاية الجنسية.

ويشير مييننجر الى دافع تحطيم الذات باعتباره العامل الأساسي في الادمان الكحولي. فالكحول هو وسيلة يستخدمها المرء ممن تكون لديه دوافع لا شعورية لتحطيم ذاته، وهو دافع مشتق من مشاعر الطفل بأن آبائه قد خدعوه.

ويرى مييننجر ان هذا الصراع يتضمن حالة من الغضب الشديد، حيث يرغب في تحطيم آبائه، ومع ذلك فهو يخشى ان يفقدهم. ومن ثم يصبح الكحول وسيلة لتحقيق الاشباع والثأر. وحيث يتم ممارسة العدوان من خلال سلوك لا إجتماعي، عندما يكون المرء تحت تأثير الكحول. بعبارة اخرى، فان مييننجر يرى ان الادمان الكحولي صيغة من الانتحار المزمن، يستخدمه المرء لا شعورياً كي يتجنب تحطيم الآباء، وتحطيم ذاته في النهاية.

ويقرر رادو ان كل رغبة عارمة لتعاطي اي عقار من العقاقير، هي مظهر لحالة مرضية اطلق عليها Pharmacothymia . ويرى ان هناك افراد معينين لديهم استعداد للاستجابة بحدة لما تحدثه العقاقير من لذة. وان الدافع لاستخدام العقاقير هو الذي يجعل افراد معينين ممن يستجيبون لاحباطات الحياة بحالة متطرفة من التوتر، وبتزايد عدم القدرة على تحمل الألم، ان يلجؤا الى الاقبال على الكحول. ويلح رادو على ان للكحول تأثير سحري حيث يزيد من تقدير الذات ويرفع من الحالة المزاجية (.Chafetz, 1972 Pp.1020-1021).

ويعتقد **فينيكل** بأن الصغير يتجه نحو الأب عندما تنبذه الام، مما يؤدي الى قيام دوافع لاشعورية من الجنسية المثلية. ترغمه هذه الدوافع اللاشعورية على تناول الكحول مع الآخرين. وهو سلوك يمكن ان يسمح للكحولي بأن يحصل على نوع من الاشباع لم يتلقاه من المرأة (Fenichel, 1945).

نظريات التعلم

يمكن القول بوجود اتجاهين رئيسيين تعمل من خلالهما نظريات التعلم في تفسير الادمان الكحولي. يتعلق احدهما بخفض التوتر، بينما يتعلق الاتجاه الآخر بعملية التدعيم.

وبالنسبة للرأي الخاص **بخفض التوتر،** فقد اهتم الكثير من الباحثين بقدرة الكحول على خفض التوتر. وان ذلك يفسر كلا من البدء في تناول الشراب في المواقف الاجتماعية، ثم الانتهاء الى حالة واضحة من الادمان الكحولي.

وفي هذا الصدد يشير دولارد وميللر Dollard and Miller الى ان

الكحول يؤدي إلى خفض مؤقت لمشاعر الخوف والصراع، حيث يمثل تعاطي الكحول محاولة لمواجهة المخاوف والصراعات. الا ان ذلك تتبعه حالة من البؤس والشقاء عند التوقف عن التعاطي، مما يؤدي الى حلقة الادمان. وهذا يعني ـ بصورة او اخرى ـ ان تناول الكحول هو استجابة مكتسبة متعلمة، تستمر باعتبار انها تعمل على خفض حالة الضيق والتوتر والقلق.

ومع ذلك، فإن للكحول تأثيرات اخرى بجانب ذلك التأثير الفوري في خفض التوتر، وذلك بما يحدثه من مضاعفات وآثار سيئة، على المدى الطويل. والتساؤل الذي يقوم هنا يتلخص فيما اذا كانت تلك النتائج السيئة تفوق ذلك التأثير المبهج العابر عند تعاطي الكحول لأول مرة.

ويمكن تفسير ذلك بأنه بالنسبة لكل من عوامل الاثابة والعقاب، وفيما يتعلق بتأثيرهما على السلوك، فان هذا التأثير يميل الى التناقص كلما ابتعد هذا التأثير عن الاستجابة. وهكذا، فان قدراً ضئيلاً من الاثابة المباشرة تمارس تأثيراً اقوى عن قدر اكبر من الاثابة لا يتبع الاستجابة مباشرة. وبالمثل، فان عقاباً مباشراً يكون اكثر فاعلية كدافع للتغيير، عن عقاب يفرض فيما بعد عقب مضى فترة من الزمن. وبهذا المعنى، فان خفض التوتر وعوامل الضيق والصراع الذي يتم على المدى القصير الذي يحدثه الكحول، يكون تأثيره اقوى واكثر فاعلية من تأثيرات الكحول الضارة بعيدة المدى، الامر الذي لا يعمل على خفض تعاطي الكحول (Davison and Neale, 1986. P.258).

الا ان هذا الارتباط بين خفض التوتر وتعاطي الكحول ليس بمثل البساطة التي يبدو بها لأول وهلة. ومن الصعب قياس هذا الارتباط بقدر من الدقة، اذ ان تأثير الكحول يتباين وفقاً لجرعات الكحول المختلفة، ووفقاً للظروف الاجتماعية والبيئية التي يتم خلالها التعاطي.

ومع ان المدمنين على الكحول، والذين يتعاطون الكحول في المواقف الاجتماعية، يشير كلاهما الى استخدام الكحول بغرض تحقيق حالة من الاسترخاء والشعور بالراحة، الا ان الدراسات حول تأثير الكحول في خفضه للتوتر تشير الى انه بالرغم من ان معظم الكحوليين يذكرون ان الشراب يجعلهم يشعرون بالاسترخاء والسعادة، فانهم وهم تحت تأثير الكحول يكونون قلقين عصبيين. ومع ذلك، فهناك دراسات اخرى تشير الى ان تعاطي الشراب يؤدي في البداية الى مشاعر من حسن الحال والى تحسن الحالة المزاجية.

ويرتبط بنظرية خفض التوتر واقع ان احداث الحياة الضاغطة، اي الانعصاب، يمكن ان يؤدي الى الادمان الكحولي. ومع ان هذا الرأي يبدو مقبولاً ومتفق مع العديد من الملاحظات التي تشير الى ان الكحول يعين على الاسترخاء عقب يوم مشحون بالضغوط، الا ان هناك القليل من الحقائق التي تساند اية علاقة مباشرة بين السبب والنتيجة، وبين اي صورة معينة من صور الضغوط وبين الادمان الكحولي (Schuckit, 1986. P.17).

وبالنسبة للرأي الخاص **بعملية التدعيم**، فان التحرر السريع من القلق عند اول خبرة في تعاطي الكحول يؤدي الى تدعيم سلوك التعاطي. وترى مدرسة سكنر ان الاشراط يتبع نمطاً مماثلاً لهذا الرأي. اذ ان الانسان يقبل على تناول الكحول او يفرط في تعاطيه او يصبح مدمناً كحوليا، لان الكحول يخدم لذيه وظيفة هامة. بمعنى ان تعاطي الكحول يتم تدعيمه. وقد يكون هذا التدعيم في صورة حدوث تغيرات نفسية مبهجة، او التخلص من المتاعب، او غير ذلك من خبرات سارة.

بعبارة اخرى، فان خفض القلق نتيجة استخدام الكحول، والذي تتم

ممارسته بصورة متكررة، يصبح مسألة متعلمة للغاية. ولما كان التخفف من القلق يتم بشكل سريع بمقارنة ذلك بالانماط السلوكية الاخرى، فان فعلاً منعكساً شرطيا، وهو تعاطي الكحول، يسود فوق الاستجابات الأخرى. وبمرور الزمن، يصبح تعاطي الشراب، سلوكاً غير توافقي، الامر الذي يزيد من حالة القلق الذي كان الشراب استجابة له (Roebuck and Kessler, 1972).

ومن بين عوامل التدعيم: الحصول على موافقة جماعة الرفاق، تشجيع التفاعل الاجتماعي، الاحساس بالاستقلالية والتفوق، التحلل من ضغوط الحياة (Shafetz, 1971. P.1032).

ومما ينبغي الاشارة إليه هنا هو أن تصنيف نظريات التعلم الى صيغتين من الآراء فيما يتعلق بتفسير الادمان الكحولي، هو تصنيف اصطناعي في واقع الامر. اذ ان الرأي الاول الخاص بخفض التوتر، والرأي الآخر الخاص بعملية التدعيم، ما هما إلا وجهان لعملة واحدة وإن اختلفت المسميات والالفاظ. وفي الواقع، فان خفض التوتر ما هو إلا نوع من التدعيم لسلوك تناول الخمر.

وعلى اية حال، فمن المهم لفهم الادمان الكحولي في ضوء نظريات التعلم ان نتعرف أساساً على تأثير الكحول والوظائف التي يخدمها تعاطي الكحول بالنسبة للشخص الذي يقبل عليه. هذا، ويمكن تطبيق مبادىء التعلم بغض النظر عن الأساس في الحاجة الى تناول الشراب. اي بغض النظر عما اذا كانت هذه الحاجة مكتسبة اجتماعياً، او تحددها عوامل فسيولوجية، اذ ما ان تحدث الاستجابة التي تشبع دافعاً معينا ـ سواء بالصدفة او عن عمد ـ حتى تصبح هذه الاستجابة اكثر احتمالاً للحدوث مرة اخرى عندما تواجه الفرد حالة مماثلة من حاجة غير مشبعة. بمعنى ان التعلم يحدث من خلال عملية التدعيم، والتدعيم هنا هو في صورة خفض للتوتر الذي يخلقه الدافع (Franks, 1970. P.454).

وجهة النظر الاجتماعية الحضارية

عند محاولة تفسير الادمان الكحولي في ضوء العوامل الاجتماعية الحضارية، فان الباحث يواجهه العديد من الآراء حول هذا الموضوع. كما تواجهه ظاهرة عدم التوصل الى اجماع بشأن ابعاد اجتماعية حضارية محددة بعينها يمكن ان تكون بمثابة العوامل المفسرة لشيوع الادمان الكحولي بين البعض دون البعض الآخر، وفي مجتمعات معينة بذاتها دون مجتمعات اخرى.

ومع ذلك، فهناك بلا شك دور اساسي للظروف والعوامل الاجتماعية الحضارية مؤثرة في ظاهرة الادمان الكحولي. على ان كل ما يمكن الاشارة اليه في هذا الصدد، ان تلك العوامل والظروف لا تؤدي دورها بمفردها وانما ينبغي النظر اليها باعتبارها عاملاً واحداً فقط يتفاعل مع غيره من العوامل التي تسهم في قيام ظاهرة الادمان الكحولي.

واحدى وجهات النظر الاجتماعية الحضارية في تفسير الادمان الكحولي تتلخص في ان البعض يرى (Chafetz, 1972) انه لما كان للكحول خاصية خفض القلق، ولما كان هناك تفاوتاً في الاستخدام الكحولي، فان مستوى الاقبال على تناول الكحول يتوقف في الأغلب على **مستوى مشاعر الامن ودرجة القلق السائد في المجتمع**. وانه يمكن القول - بالتالي - ان معدلات تعاطي الكحول في المجتمع تتوقف على عوامل عدة منها: درجة فاعلية العوامل الحضارية لتحقيق اشباع حاجات افراد المجتمع وخفض حالة التوتر لديهم والدرجة التي اليها يزود المجتمع افراده ببدائل للاشباع. والاتجاهات السائدة في المجتمع نحو تناول الكحول. ودرجة توفر الكحول وامكانيات الحصول عليه.

ويبدو ان هناك ارتباط بين الادمان الكحولي وفئات عرقية معينة Ethnic groups. فهناك مثلاً جماعات مثل اليهود والايطاليين والصينيين يحجمون عن الافراط في تناول الكحول بالرغم من انهم يتسامحون عن تناوله في ظروف معينة، وما يتبع ذلك من انخفاض نسبي في معدلات حدوث حالات الادمان.

فمجتمع الايطاليين مثلاً لا يشيع بينهم الادمان الكحولي نتيجة لتوجيه افراد المجتمع منذ طفولتهم الى الاستخدام المناسب للكحول داخل الاسرة وفي مناسبات معينة. ومع ذلك، فان هذا الرأي يتجاهل ارتفاع معدلات الإدمان الكحولي بين الفرنسيين بالرغم من التماثل بين عادات وتقاليد افراد المجتمعين الايطالي والفرنسي. ويبدو ان العوامل الحضارية الفعّالة في معدلات انتشار الكحول في مجتمع معين، لا تأثير لها في مجتمع آخر (Bacon, 1974).

وتزيد معدلات انتشار الادمان الكحولي بين الأمريكيين من اصل ايرلندي عن غيرهم من الأمريكيين بنسبة ضعفين او ثلاثة اضعاف. ويُقال ان الادمان الكحولي نادر نسبياً بين اليهود. إذ نجدهم ـ مثلا ـ يشكلون نسبة ١٪ من المرضى الذين يودعون مستشفيات الطب النفسي في نيويورك بسبب الادمان الكحولي، في حين انهم ـ اي اليهود ـ يمثلون ١٥٪ من سكان هذه المدينة.

وهناك انخفاض في نسبة المدمنين على الكحول بين الصينيين واليابانيين يعزي سببه الى حساسيتهم للكحول وسرعة تأثرهم بالمشروبات الكحولية، حيث يسهل معاناتهم من مضاعفات فسيولوجية معينة عقب تناولهم للكحول. وفي هذا الصدد، هناك مثال ياباني يتلخص في عدم ارغام الضيف على الشراب حتى لا يصاب بالمتاعب.

وتشير آراء مرتبطة بنظرية خفض التوتر الى وجود ارتباط بين معدلات انتشار الادمان الكحولي ومستوى الضغوط السائدة في الحضارة المعينة. الا ان مسألة قياس صادق لمستويات الضغوط بين المجتمعات المختلفة هي على غاية التعقيد (Schuckit, 1986).

ففي مجتمع الهنود الامريكيين الذين ينتمون الى قبائل «النفاهو» نستطيع ان نميز مجموعتين من افراد ذلك المجتمع. احدها ذات مستوى تعليمي منخفض، قد اندمجت حديثاً في الحياة الغربية الأمريكية دون ان يفقد افرادها بعد انتمائهم الى مجتمعهم الأصلي النفاهو. ويقبل افراد هذه الجماعة على تناول المشروبات الكحولية بغرض الترفيه والمتعة.

وأما المجموعة الثانية من قبائل «النفاهو» فهم على مستوى أعلى من التعليم. قد اندمجوا إلى حد كبير في الحضارة الغربية. وأصبحت مستويات طموحهم بالتالي عالية. كما اصبحوا في وسط الطريق من حيث الانتماء الى جنسية معينة. وعلى هذا، نجدهم في حالة من الصراع بين الروابط التي لا زالت تشدهم الى قبائل النفاهو، وبين مستويات طموحهم ورغبتهم في التوحد بالمجتمع الأمريكي وان يتخذوا خصائص المواطن الامريكي. ويقبل افراد هذه الجماعة على المشروبات الكحولية بسبب معاناتهم لحالة الصراع والقلق النفسي العميق.

واذا كانت ضغوط الحضارة الغربية والحياة الحديثة بمستويات طموحها المرتفعة قد عرضت الفرد للتوتر النفسي وجعلته يلجأ إلى المشروبات الكحولية ليتخفف من عناء هذا التوتر، فان تلك الظاهرة تتضح ايضاً في مجتمعات اخرى غير مجتمع الهنود الأمريكيين. ففي تايلاند ـ مثلا ـ نجد شواهد على ان التعرض لسبل المدنية الحديثة، والتحلل من التقاليد والاعراف التي كانت سائدة في ذلك المجتمع، يؤدي الى ارتفاع في معدلات الادمان الكحولي.

ومن ناحية أخرى، فان للضغوط الاجتماعية أياً كانت مصادرها أثرها أيضاً في تزايد الاقبال على تناول الكحول فقد وجد - مثلا - ان اليهود الشرقيين الذين هاجروا إلى اسرائيل، بدأت مشكلة الادمان تظهر بينهم بعد استقرارهم في اسرائيل. ويبدو ان ذلك يعود الى ان الضغوط الاجتماعية على اليهود الشرقيين أشد بكثير من الضغوط التي يتعرض لها اليهود المهاجرين من الغرب.

وفي جزيرة «ترينيداد» يتشكل المواطنون من مجموعتين من الأجناس، احدها الزنوج والأخرى الهنود الشرقيين. فأما الزنوج فهم منطلقون اجتماعياً ينقصهم كثير من الضوابط المفروض ان يضعها المجتمع، ومن ثم فانهم يشربون إلى درجة السكر. بينما نجد الهنود - واغلبهم يدين بالإسلام - في صراع بين قيمهم الدينية وبين طبيعة حياة المعسكرات الأولى التي عاشوها عندما وفدوا الى الجزيرة، بما كانت تبيحه تلك الحياة من ألوان المتعة والترفيه. الأمر الذي جعل هؤلاء الهنود يقبلون على الشراب في حدود وفي غير اسراف[1].

ويبدو ان للنظام الاجتماعي دوره ايضاً في تحديد طبيعة الشكل الذي يتخذه تناول المشروبات الكحولية. ونعني «بالشكل» هنا كمية الشراب والاسلوب الذي يتم من خلاله تناوله. فهناك مجتمعات تفضل تناول الشراب في مجموعات، بينما تكون الافضلية في مجتمعات اخرى لتناول الشراب على انفراد. فعلى سبيل المثال، نجد ان بعض القبائل من الهنود الأمريكيين لا يشربون الخمر على انفراد ابداً، وان هناك شبه إجبار كي يتناول المرء شرابه بين رفاقه وأقاربه. وفي الجانب الآخر من الصورة نجد ان

---

(١) «المشروبات الكحولية والمجتمع» للدكتور عزت سيد اسماعيل. من موضوعات مؤتمر اتحاد الاطباء العرب الثاني عشر، المنعقد بالكويت من ٨ الى ١٤ مارس ١٩٧٤.

اليهود اليمنيين بعد هجرتهم الى اسرائيل من اليمن قد تزايدت بينهم نسبة تناول الشراب على انفراد بعكس حالهم قبل الهجرة الى اسرائيل. ومما لا شك فيه ان تناول الشراب على انفراد يمكن ان يؤدي الى الافراط في تناوله، على خلاف من تناول الشراب مع جماعات. وهذا يعني بصورة او اخرى، ان الادمان الكحولي يكثر شيوعه حيثما تكون الظروف الاجتماعية تدعو الى تناول الشراب على انفراد اكثر من تناوله مع مجموعات.

ولكي نتفهم بعض العوامل التي يمكن ان تؤدي الى قيام تفاوتات في الاقبال على المشروبات الكحولية من مجتمع لآخر، والتي منها ـ أي من هذه العوامل ـ **اختلاف النظم الاجتماعية، ومدى امكانية الحصول على الكحول، ودرجة توافره، والاهداف التي يخدمها تناول الكحول**، فإننا يمكن ان نصل الى قدر من ذلك الفهم من خلال العديد من الدراسات، والتي منها الدراسات التي أجريت في «لاوس».

إذ ينتمي المواطنون في «لاوس» الى فئتين او مجموعتين رئيسيتين هما: «ماو» و «لاو». ويقبل المواطنون في «ماو» على تعاطي نوع من المخدرات ولا يتناولون الكحول الا في المناسبات والاحتفالات. بينما يفرط المواطنون في «لاو» في تناول الشراب. والتساؤل الذي يمكنه ان يقوم هنا هو: لماذا هذا الاختلاف بين مواطنين ينتمون الى دولة واحدة؟

والاجابة الجزئية على هذا التساؤل تتلخص في ان الارض في «ماو» صالحة لزراعة ذلك المخدر الذي يفضله أهلها ويقبلون عليه لتوفره لديهم، بينما نجد ان الأرز يزرع بوفرة في حقوق «لاو» حيث يصنعون من ذلك الأرز المشروبات الكحولية، ومن ثم يفرط أهل اقليم «لاو» في تناول تلك المشروبات الكحولية.

لكن هذه الاجابة لا تفسر الحقيقة كلها. فهناك مجتمعات تزرع المخدرات وتصدرها ولا يقبل عليها زارعوها، وانما يفضلون عليها المشروبات الكحولية بالرغم من الوفرة الهائلة في المخدرات لديهم.

ويبدو ان أحد الأسباب الهامة في شيوع نوع من المخدرات بين افراد «ماو» وشيوع المشروبات الكحولية بين المواطنين في «لاو» هو ان المواطنين في «ماو» يستمتعون بقدر كبير من حرية التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم، ومن ثم لا حاجة لهم بالخمر كشراب يساعدهم على الانطلاق والتحرر من مشاكل الحياة الضاغطة. وهم اذ يلجأون الى نوع من المخدرات فانما يعود ذلك الى ممارستهم لأعمال شاقة مؤلمة جسديا، فيستخدمون ذلك العقار ليقلل من إحساسهم بآلام عملهم الشاق المضني.

هذا في حين ان الظروف والأوضاع الاجتماعية السائدة بين مواطني «لاو» لا تسمح بالتعبير الكافي عن مشاعرهم وانفعالاتهم، ومن ثم فانهم يجدون في المشروبات الكحولية الوسيلة التي تتيح لهم فرصة التعبير عما في داخل أنفسهم. وهذا الاتجاه من اللجوء الى الشراب تعززه ظروف العمل لديهم. اذ ان ظروف العمل هينة بسيطة لا تثير اية متاعب وآلام بدنية، كما تدعمه ايضاً طبيعة القواعد الأخلاقية السائدة في المجتمع، والتي تتسامح مع تناول المشروبات الكحولية.

وفي الواقع، فان مثل هذه الدراسات تشير الى انه لما كان لكل مجتمع ظروفه الضاغطة الخاصة به، وله تركيبه المعين وبخاصة ما هو سائد من عادات وأعراف وتقاليد، فان أساليب الوقاية من الادمان ومكافحته في المجتمع لا بد وان تنبع من واقع المجتمع ذاته، وان تكون مبنية على طبيعته الخاصة به اذا اردنا ان يكتب النجاح لتلك الجهود. كما لا ينبغي تعميم

برامج وخطط وقائية على سائر المجتمعات، او نقل برامج وخطط معمول بها في مجتمع ما الى مجتمع آخر.

ومن جهة أخرى، يبدو ان هناك ايضاً اتجاه آخر يربط ما بين العوامل الحضارية بالنسبة للادمان الكحولي وبين الاطار الذي يحدد **دور كل من الرجل والمرأة في المجتمع** (Schuckit, 1976). فالأعراف الحضارية التي تمنع المرأة من الشراب علنا او في افراط، قد ادت الى انخفاض معدلات الادمان الكحولي بين النساء عنه بين الرجال.

إلا أن المرأة التي يختلط عليها دورها وتتخذ سلوكاً من الذكورة في العمل وفي علاقاتها الاجتماعية، يفترض انها اكثر عرضة للادمان الكحولي. وبالرغم من أن المرأة الكحولية تميل عادةً لان تتخذ دوراً من الذكورة، الا ان ذلك يمكن ان يكون نتيجة لحالة الادمان الكحولي عن أن يكون سبباً له.

ومع ان من الحقائق المعترف بها ان الذكور يتعاطون الكحول في المجتمعات الغربية اكثر من الاناث، إلا أن نسبة الذكور الى الإناث من الكحوليين تتباين من مجتمع لآخر فهي في بعض المجتمعات تكون ١٤:١ وفي مجتمعات أخرى ٨:١ وفي غيرها يمكن ان تصل الى ٢:١. وهذا التباين يوضح بلا شك التأثير الاجتماعي اكثر مما يكشف عن تأثير التكوين البيولوجي. ومع ذلك، فهناك اتجاه للقول بأن تلك النتائج عرضة للنقد بسبب تحيزها، حيث ان معظم الدراسات الخاصة بالادمان الكحولي قد أجريت اساساً على الذكور. كما انه يتم عادة اكتشاف حالات الادمان الكحولي بين الذكور في وقت مبكر، بينما تختفي المرأة الكحولية عادة فترة طويلة قبل ان يتم اكتشاف حالتها (Russell, 1986. Pp.43-47).

هذا ويميل مجتمع المتزوجين لأن يكون اقل افراطاً في الاقبال على المشروبات الكحولية، واقل تعرضاً لمشكلات الكحول، بمقارنتهم بمن لم يتزوجوا ابداً او المطلقين او المنفصلين. الا ان هذه الحقيقة لا تقيم ابداً الدليل القاطع على العلاقة بين الحالة الزواجية وبين الادمان الكحولي. أي لا تقيم الدليل على أن الحالة الزواجية التي عليها الانسان، هي المؤدية الى الاقبال على الكحول او التعفف عن تناوله.

فمن المعروف ان الادمان الكحولي يؤدي الى مضاعفات من فقدان القدرة الجنسية، الامر الذي قد يكون من عوامل الاحجام عن الزواج او عدم التفكير فيه. كما يمكن للمشكلات الاجتماعية والاقتصادية، بل ولفقد القدرة الجنسية، ان تكون من العوامل المؤدية في نهاية الامر الى الطلاق او الانفصال. بمعنى ان الادمان الكحولي ـ في ذاته ـ يمكن ان يكون سبباً مؤدياً الى عدم الزواج او الانفصال والطلاق، وليس نتيجة لما هو عليه الانسان من حالة زواجية.

ومن جهة اخرى، هناك رأي (Forslund and Gustafon, 1970) يؤكد على دور الخبرات التي يمر بها المراهق. اذ ان الممارسات الاجتماعية التي تشجع تعاطي الشراب كسلوك للكبار، قد تكون بمثابة ضغوط شديدة من جانب جماعة الرفاق على المراهق. ومع ذلك، فان التباين في تعرض المراهقين للكحول، ينبغي ان يعزي ايضاً الى عوامل اخرى مثل الاوضاع الحضارية والانتماء الى جماعة عرقية معينة وما الى ذلك، طالما ان مثل هذه العوامل تكون مصحوبة في الاغلب بتباين في معدلات الاقبال على الكحول.

وهناك تصور بأن بعض المجتمعات متساهلة جداً بالنسبة للإعلان عن المشروبات الكحولية، مما يشير الى تأثير هذه الاعلانات ـ في جزء منه ـ في

زيادة نسبة من يقبلون على تناول هذه المشروبات، الأمر الذي قد يؤدي ـ بصورة او أخرى ـ الى الادمان. إلا انه ليست هناك دراسات كافية في هذا الصدد.

ويبدو ان هناك ارتباط بين الادمان الكحولي وبين بعض المهن. فهناك نسبة مرتفعة من الكحوليين بين البحارة، وكذلك بين من يشتغلون في مهن متصلة بالكحوليات مثل اصحاب المطاعم وعمال البارات وبائعي الخمور وما أشبه. بمعنى ان طبيعة المهنة يمكن ايضاً ان تكون من عوامل الادمان الكحولي. اذ نجد ان الافراط في تناول الشراب هو امر شائع في بعض المهن. وهو شيء متوقع كجزء من مهنتهم، وحيث يكون الكحول ميسوراً لهم وفي متناول أيديهم. وتشير بعض الدراسات إلى ارتفاع معدلات الوفيات بسبب تليف (تشمع) الكبد بين صانعي المشروبات الكحولية وبين المشتغلين في المطاعم وبائعي تلك المشروبات. كما أن هناك افتراض بأن العمل المشبع بالضغوط يمكن ان يكون من العوامل المؤدية الى الافراط في الشراب. (Russell, 1986).

العوامل البيولوجية

سبق ان اشرنا عند مناقشتنا لدور العوامل الاجتماعية الحضارية في الادمان الكحولي، الى ان الانتماء لجماعات عرقية معينة قد يكون من العوامل المؤدية الى الادمان الكحولي او الى التعفف عن تناوله. واستندنا في ذلك الرأي الى وجود فروق في درجة انتشار الادمان الكحولي بين الجماعات العرقية المختلفة.

ومع ذلك، فان مثل هذه الفروق بالاضافة الى انها يمكن ان تعزى الى تباين في العوامل الاجتماعية الحضارية التي تعيشها وتتعرض لها تلك الجماعات العرقية المختلفة، فان هذه الفروق يمكن ان تعزى ايضاً الى تباين الخصائص البيولوجية التي تتصف بها تلك الجماعات العرقية.

وهكذا، وبالنسبة للتفسير البيولوجي، تشير بعض الدراسات الابيدميولوجية (الانتشارية، الوبائية) (Delint, 1975) إلى ان هناك فروقاً عرقية كبيرة بالنسبة لكل من معدلات استخدام الكحول واساءة استخدامه. ففي الولايات المتحدة ـ مثلا ـ تبين ان الامريكيين من اصل ايرلندي والمواطنين الهنود الامريكيين، يعانون من مشكلات الادمان الكحولي، في حين ان الأمريكيين ممن هم من اصل شرقي، وكذلك اليهود لا يعانون من هذه المشكلات.

كما تشير تلك الدراسات الى انه بالنسبة لمعدلات استهلاك الكحول في المجتمع، فان الفرنسيين يتصدرون القائمة، وأن الولايات المتحدة في أدنى نصف هذه القائمة، هذا في حين تقع النرويج في أدناها.

وهناك مؤشرات أخرى تكشف عن ان الفروق العرقية في الادمان

الكحولي تعود ـ في جزء منه على الاقل ـ الى الخصائص البيولوجية القائمة بين الجماعات العرقية المختلفة، وفقاً لما كشفت عنه الدراسات التي اجريت حول الفروق العرقية في امتصاص الكحول وتمثيله والتخلص منه.

ففي احدى الدراسات (Zeiner and Paredes, 1978. P.595) تمت مقارنة معدلات التخلص من الكحول بين مجتمع الامريكيين من اصل شرقي، والهنود الامريكيين، والاوروبيين البيض. كما تم في هذه الدراسة قياس مستويات الأسيتالدهيد Acetaldehyde وهو مركب ينتج عن تمثيل الكحول. وقد تبين ان الهنود الامريكيين يتصفون بأعلى معدلات تخلص البدن من الكحول، ويقع الامريكيون الشرقيون في الوسط، بينما تبين ان أدنى هذه المعدلات هي بين الاوروبيين البيض. كما تبين وجود ارتباط بين معدلات تخلص البدن من الكحول وبين مستويات الأسيتالدهيد. فالمجموعة التي تتصف بأعلى معدل لتخلص البدن من الكحول، هي ذات اعلى مستوى من الاستيالديهايد.

ومن جهة اخرى، يعزى الى القصور الغذائي دور هام في خلق ذروة الادمان الكحولي واستمراره. اذ تشير بعض التجارب الى ان سوء تغذية الفئران يؤدي الى تزايد في الاقبال على الكحول. وأن النقص في مجموعة فيتامين ب يجعل الفئران تفضل محلولاً كحولياً عن الماء.

ويتم تفسير ذلك بأن العوامل الوراثية البيولوجية، والقصور في انزيمات معينة، يعوقان عملية تمثيل المواد الكربوهيدراتية، مما يجعل هذه المواد لا تؤدي دورها كمصدر للطاقة. الامر الذي يخلق ميلاً الى الكحول كمصدر بديل للطاقة.

وتعزو هذه الآراء ـ بالمثل ـ الفروق الحضارية المختلفة في معدلات حدوث

الادمان الكحولي الى فروق وراثية في الميكانزمات الموروثة الخاصة بتمثيل المواد الكربوهيدارتية (Schafetz, 1972. Pp.1022-1023).

وهناك اتجاه آخر يشير الى ان الادمان الكحولي ينشأ من خلل تركيبي فسيولوجي، حيث تؤدي خلايا المخ، وايضاً خلايا الجسم، وظائفها بشكل اكثر كفاية في وجود الكحول (Himwich, 1956).

العوامل الوراثية

مما لا شك فيه ان العوامل الوراثية ـ تندرج ضمن العوامل البيولوجية وفي اطارها. لكننا نفرد هنا مكاناً منفصلاً للعوامل الوراثية نظراً لما لهذه العوامل من دور كبير، ولما هناك من احتمالات قائمة واتجاهات سائدة في وجود نوع من الارتباط ـ بصورة او اخرى ـ بين العوامل الوراثية ودرجة الاقبال على تناول الكحول.

وفي هذا الصدد، **فإن الدراسات التي اجريت على العائلات** في الدول الاسكندنافية والولايات المتحدة الامريكية قد اوضحت دور العائلة في الادمان الكحولي (Coton, 1979). وانه تتزايد احتمالات وجود تاريخ عائلي للادمان الكحولي، وفقاً لحدة حالة الادمان الكحولي لدى الشخص موضع الدراسة.

وقد تبين عند دراسة مجموعة من الكحوليين بالاقسام الداخلية بالمستشفيات، ان حوالي ٥٠٪ من افراد اسرة الكحوليين الذكور من الاقارب من الدرجة الاولى (مثل الاب، الاخ، الابن) يعانون ايضاً من الادمان الكحولي.

ومع ذلك، فان مثل هذه الدراسات لا تعني بالضرورة وجود عوامل وراثية طالما ان العوامل النفسية والاجتماعية الحضارية يمكن ان تمارس تأثيرها على افراد الاسرة كوحدة واحدة.

وتعمد **الدراسات على التوائم** إلى مقارنة التوائم المتطابقة بالتوائم غير المتطابقة، بافتراض ان التوائم تنشأ معاً في ظروف بيئية واحدة متماثلة، ومن ثم فان اي تباين بينهما بالنسبة للادمان الكحولي سوف يكون نتاجاً لعوامل وراثية.

وقد تبين من دراسات التوائم التي اجريت في السويد ان درجة التماثل في الادمان الكحولي تصل الى ٥٤٪ بين التوائم المتطابقة وإلى ٢٨٪ بين التوائم غير المتطابقة.

وتشير الدراسات على الحيوان الى ان تفضيل الفئران لتناول السوائل المحتوية على الكحول انما يتوقف على السلالات المختلفة للفئران، حيث تنشد وتتعاطى السلالات المختلفة كميات متفاوتة من السوائل الكحولية. وأن التزاوج بين فئران تقبل على الكحول بافراط، وفئران لا تتعاطى الكحول، يؤدي الى انجاب فئران تقبل على الكحول بشكل معتدل. ويبدو من واقع هذه الدراسات ان العوامل الوراثية تؤدي دوراً بالفعل في اقبال الحيوان على الكحول (McCord, 1972).

وهناك دراسات اعتمدت على عزل الصغار، حيث يقوم هذا النمط من الدراسات على اساس مقارنة اطفال المدمنين الكحوليين الذين انفصلوا عن آبائهم البيولوجيين عقب الولادة مباشرة او بوقت قصير وتربوا بعيداً عنهم، بمجموعة ضابطة، من حيث معدلات انتشار الادمان الكحولي فيما بين المجموعتين. وذلك بافتراض ان المجموعتين ينشأون في ظروف بيئية تكاد ان تكون متماثلة، ومن ثم فان معدلات انتشار الادمان الكحولي بينهما في سن الرشد يمكن ان تكون مقياساً لمدى تأثير العوامل الوراثية.

وتشير تلك الدراسات الى انه بالرغم من ان افراد المجموعة التجريبية (اي اولئك الذين ينتمون الى آباء كحوليين، والذين تم تبنيهم من قبل آباء آخرين) كانوا يعانون من مشكلات توافقية خلال مرحلة المراهقة والرشد عن افراد المجموعة الضابطة (اي اولئك الذين ينتمون الى آباء غير كحوليين، تمت تنشئتهم من قبل آباء آخرين) الا ان هذا التباين ليس له اي دلالة احصائية.

ومع ذلك، فإن تلك الدراسات قد وجه اليها العديد من النقد لعدم خضوعها للضبط التجريبي (Schuckit, 1986).

ومن جهة اخرى، فان الكثير من البحوث حول احتمالات وجود عوامل وراثية يمكن ان تجعل الفرد عرضة لان يصبح مدمناً كحولياً، قد تركزت حول مجتمع المعرضين للادمان الكحولي، واطفال الكحوليين بصفة خاصة. فإذا ما تمت هذه الدراسات قبل ظهور حالة الادمان الكحولي، فمن المفترض امكانية التعرف على عوامل يمكن ان تتدخل في تقدم المرء نحو الادمان.

وإحدى مناحي هذه البحوث هي اجراء دراسات على ابناء الكحوليين خلال مرحلة المراهقة المتأخرة وحتى اوائل العشرينيات من العمر، ومقارنة ادائهم على مجموعة من الاختبارات والمقاييس النفسية، بأداء مجموعة ضابطة، ثم تعريض كل من افراد المجموعتين الى الكحول وقياس مستوى استجاباتهم.

وتكشف احدى نتائج تلك الدراسات عن ان استجابات ابناء الكحوليين للكحول اضعف من استجابات المجموعة الضابطة. وان مشاعر السكر بين ابناء الكحوليين اضعف من مشاعر المجموعة الضابطة.

وقد بدت هذه الفروق بين المجموعتين التجربية والضابطة بشكل واضح عقب جرعة متوسطة من الكحول (٧٠ مللي جرام من الايثانول لكل مائة مللي ليتر من الدم). في حين بدت هذه الفروق ضئيلة عند جرعات كبيرة من الايثانول (١١٠ مللي جرام من الايثانول لكل ١٠٠ مللي ليتر من الدم).

وهذا يعني ان احد العوامل التي تزيد من احتمالات التعرض لمخاطر الادمان الكحولي يمكن ان تعزي الى تناقص الاستجابة للجرعات المعتدلة من الايثانول، مما يؤدي الى جعل اولئك الذي ينتمون الى اسر ذات

تاريخ ايجابي من الادمان الكحولي لان يستشعروا السكر بدرجة بسيطة.

وهناك اتجاه آخر في هذه الدراسات يقوم على اساس ان المجموعتين التجريبية والضابطة (أي اولئك ذوي تاريخ اسري ايجابي، واولئك ذوي تاريخ اسري سلبي بالنسبة للكحول). فد تتباينان من وجهة معدلات امتصاص الكحول، ومعدلات تخلص الجسم منه، وكذلك معدلات تراكم تمثيل الكحول.

وقد كشفت دراسات عديدة عن عدم وجود فروق بين المجموعتين بالنسبة لمعدلات امتصاص الكحول، والتخلص منه، على ان هناك فروقاً ذات دلالة بين المجموعتين بالنسبة لأول ظهور لنواتج تمثيل الكحول، اي اول ظهور للاستيالديهايد عقب تناول الكحول (Schuckit, 1986. Pp.22-25).

نظريات الشخصية

تعتمد هذه النظريات على احتمالات وجود نمط معين لشخصية الكحولي يؤدي بالتالي الى الاقبال على تناول الكحول والادمان عليه. وتتوقف هذه الآراء على قياس صادق للشخصية، الأمر الذي جعل كثير من الباحثين ينتهون الى نتائج متعارضة.

على ان هناك اجماع بين اصحاب هذه النظريات على عدم وجود نمط محدد لشخصية الكحولي تكون اساسية وكافية لنمو حالة الادمان الكحولي. وأن التباينات بين شخصية الكحوليين لا تختلف عن تلك التباينات الموجودة بين غير الكحوليين.

ومع ذلك، فان القضية ليست بمثل هذه البساطة. إذ ينبغي ان يسبق محاولات البحث حول تحديد نمط لشخصية الكحولي، التوصل الى تعريف ومعايير محددة للادمان الكحولي. بل وبفرض إمكانية التعرف على النمط الشائع لشخصية الكحولي، فان هذا لا يعني بالضرورة ان اولئك الاشخاص كانوا يمتلكون تلك السمات الشائعة بينهم قبل ان يصبحوا كحوليين.

وفي الواقع، فلقد ادت كثير من الاختبارات والمقاييس النفسية الى نتائج متباينة غير ثابتة. وربما كان الاستثناء في هذا الصدد هو الدراسات التي استخدم فيها مقياس الشخصية متعدد الأوجه Minnesota Multiphasic Personality Inventory حيث ميز هذا المقياس بين الكحوليين وبين غيرهم من الاسوياء وبين المجموعات الاكلينيكية المختلفة.

ويعزى التباين بين الكحوليين وغيرهم من المجموعات ـ في جزء منه ـ الى ثلاث اجزاء من المقياس، حيث يقرر الكحوليون باستهلاكهم المفرط

للكحول، ومواجهتهم لمشاكل قانونية، وشعورهم بانهم لم يعيشوا أسلوب الحياة الصحيح (Franks, 1970).

كما يكشف الرجال عادة ممن يعانون من مشكلات كحولية لعدة سنوات عن ارتفاع في درجاتهم على مقياس الاكتئاب. والانحراف السيكوباتي. وهي درجات تماثل تلك التي يحصل عليها المدمنون على العقاقير (Schuckit, 1986).

ومن جهة اخرى، فقد وجد ارتباط بين نمط معين من اضطرابات الشخصية. وبين الادمان الكحولي، اذ يشير الكتيب التشخيصي والاحصائي الثالث للاضطرابات العقلية The Diagnostic and Statistical, Manual of Mental Disorders DSMIII إلى نوع من الاضطرابات يتصف بسلوك لا إجتماعي في غالبية مناحي الحياة ابتداء من سن الخامسة عشر. ويستخدم هذا الكتيب معايير موضوعية بالنسبة لهذه الصور السلوكية اللاإجتماعية مثل: الهرب من المنزل، وجود مشكلات مع الشرطة، خلال مراحل الحياة الأولى... الخ.

وقد تبين ان نسبة ضئيلة (حوالي ١٥٪) من الكحوليين الذكور لديهم تاريخ من مشكلات لا إجتماعية خطيرة قبل بدء افراطهم في تعاطي الكحول. ومن هنا يقوم افتراض بأن الافراط في الشراب يحدث كجزء من صورة السلوك اللاإجماعي، حيث ينتشر بينهم الادمان العقاقيري والطلاق والحوادث والانتحار. ومع ذلك، فان هذا لا يعني ان اضطراب الشخصية يسبب الادمان الكحولي. وانما يمكن القول بأن الادمان الكحولي ينمو كجزء من الشخصية اللاإجتماعية.

الوقاية من الادمان الكحولي

من المعروف ان الأساليب الوقائية تستهدف اساساً منع حدوث الاضطراب او المرض، وذلك من واقع التعرف على الاسباب المحدثة لهذا المرض او الاضطراب، ومواجهة تلك الاسباب من خلال مقاييس معينة تعمل على تلافي الاسباب او الحد من فاعليتها على الأقل.

إلا اننا نواجه في مشكلة الادمان الكحولي بعدم معرفة قاطعة بالأسباب المؤدية الى ذلك. اذ لم تنته جميع الدراسات والبحوث التي اجريت في هذا الشأن الا الى مجرد عدد من الافتراضات لا يوجد اجماع عليها. فهناك - مثلا - احتمالات بفاعلية العوامل الاجتماعية الحضارية والبيولوجية والوراثية والنفسية وما الى ذلك من عوامل قد تتداخل جميعها لتؤدي في نهاية الأمر الى الادمان الكحولي.

ومع ذلك، فلا ينبغي التوقف عند هذه الحدود والبحث عن اساليب لمواجهة الادمان الكحولي في جزء منه على الأقل. وعلى هذا يمكن تبين مقاييس وقائية لا تقوم على اساس مواجهة الأسباب المباشرة للادمان الكحولي، وإنما على اساس الحد من عوامل اخرى يمكن ان تسهم - بشكل او آخر - في ظهور المشكلة او تعمل على تفاقهما مثل عوامل توفر الكحول وسهولة ويسر الحصول عليه وانخفاض اسعاره.

وقد تبنت بعض الدول مثل هذا الاتجاه عن طريق اتخاذ بعض الاجراءات

تستهدف الحد من توفر الكحول وسهولة الحصول عليه مثل: رفع الضرائب على المشروبات الكحولية، تحديد الكمية المسموح بها للفرد، تحديد الساعات المسموح خلالها ببيع المشروبات الكحولية، تحديد الفئات العمرية المسموح لها بشراء الكحوليات، فرض قيود على المحال التي تباع فيها المشروبات الكحولية.

ويبدو ان مثل هذه الاساليب قد ثبتت قيمتها كاجراء يستهدف الحد من استهلاك المشروبات الكحولية. فقد تبين في سويسرا ـ مثلا ـ ان هناك نوع من الارتباط بين اسعار المشروبات الكحولية والكمية المستهلكة فيها وعدد المصابين بمضاعفات ناتجة عن تعاطي الكحول.

ومن جهة اخرى، يمكن ايضاً للبرامج التثقيفية الجماهيرية ان تؤدي مهمة الوقاية الثانوية. بمعنى انها يمكن ان تفيد في الاستكشاف المبكر لحالات الادمان الكحولي، ومن ثم تقديم الخدمات العلاجية لهذه الحالات قبل ان تتخذ شكلاً مزمنا، وقبل ان تحدث مضاعفات اخرى تالية لا يمكن مواجهتها.

إذ ان هناك نسبة كمية ممن يفرطون في تناول الكحول يكشفون عن مظاهر مبكرة للادمان مثل: الحاجة المتزايدة الى تناول كميات أكبر من الشراب للحصول على نفس التأثير السابق، تناول قدر من الشراب صباحا، تناول الشراب في عزلة، تعتيم الذاكرة.

وفي الواقع، فان دور البرامج الثقافية، في امكانية التعرف المبكر على مثل هذه الاعراض من قبل الشخص نفسه او من قبل افراد أسرته او الاصدقاء، يتيح استكشاف الحالة في وقت مبكر وتقديم الخدمات العلاجية المناسبة لها.

علاج الادمان الكحولي

هناك أولويات وأساسيات ينبغي ان تؤخذ في الاعتبار عند وضع الخطة العلاجية للمدمن الكحولي. ومن ذلك انه من الخطأ ان نعالج او نتناول ادمان المريض باعتباره حالة مرضية فقط، ونهمل العوامل الكامنة وراء هذا العرض من مشاكل اجتماعية وظروف شخصية. كما أنه من المعروف ان عادة تعاطي المشروبات الكحولية لها دور هام في حياة المريض وتشغله في ساعات فراغه، وهي رفيق ميسور يؤنسه ويريحه. ومن ثم فان العلاج لن يكون تاماً اذا لم نمده بنشاطات بديلة. حيث ينبغي ان يتخذ المريض نمطاً جديداً في الحياة، وان يشترك بفاعلية في نشاطات معينة. وان نساعده على ان يجد بديلاً عن الكحول، من واقع فهم نمط شخصيته واحتياجاته الانفعالية وظروفه. ومن المتفق عليه ان التتبع والرعاية اللاحقة هامة جداً، بحيث تتحسن ظروف المريض في البيت والعمل والحياة الاجتماعية. ولقد تبين ان الانتكاس يحدث لأولئك الذين يعودون الى نفس ظروفهم البيئية الاولى. وان فرص الشفاء تكون افضل بالنسبة للمدمن الذي تربطه روابط حميمة بشخص معين. ولهذا فان فرص شفاء المتزوج هي افضل عادة من فرص الأعزب، الأمر الذي يدعو الى ضرورة اشتراك الزوجة في خطة العلاج.

ومن جهة اخرى، هناك مشكلة تنشأ عادة عند محاولة علاج الادمان الكحولي، تتلخص في انه غالباً ما يكون لدى المعالج افتراض بأن جميع من يفرطون في تناول الشراب، انما يفعلون ذلك لنفس الاسباب. وهكذا، فان

المشتغل بالتحليل النفسي قد يفترض أن الكحوليين انما يحاولون الهرب من مشاعر تواكلية لا يمكن تحملها. هذا في حين يفترض معالجون آخرون ان المفرط في الشراب انما يهرب الى الكحول لأنه تنقصه الشجاعة لمواجهة مشكلاته والتعامل معها بشكل مباشر. ويعتقد المعالج السلوكي ـ الذي يحبذ استخدام علاج النفور ـ بأن فقدان الكحول لجاذبية او مذاقه سوف يساعد الكحولي على التوقف عن التعاطي.

إلا ان المشكلة ليست بمثل هذه البساطة دائما. وينبغي للتقييم الاكلينيكي الصحيح أن يأخذ في الاعتبار المكانة التي يحتلها الشراب في حياة الشخص. ويكون على المعالج ان يهتم في بعض الحالات ـ مثلا ـ بالمشكلات الزواجية والعائلية للشخص، وان يحاول العمل على خفض الالم النفسي الناتج عن تلك المشكلات. واذا كان الافراط في الشراب سببه التخفف من مشاعر الاكتئاب، فان اي اسلوب علاجي يتركز على الكحول وحده ـ مثل علاج النفور ـ لن يكون له قيمة دائمة مستمرة. بعبارة اخرى، ينبغي على الاكلينيكي تقييم الحالة بشكل عميق، وان يأخذ في الاعتبار كافة العوامل الكامنة وارء العرض الظاهر الا وهو الادمان الكحولي (Davison and Neale, 1986).

أولاً: العلاج النفسي

ليس هناك اجماع على نمط معين من انماط العلاج النفسي يعتبر اكثر فاعلية في حالات الادمان الكحولي. وتستخدم عادة عدة اساليب علاجية منها العلاج النفسي الفردي، والجماعي، والعلاج البيئي... الخ. ومع ذلك، وفي كل الاحوال، يعتبر اول اتصال بين المعالج والمريض حاسماً في نجاح

العلاج. اذ ينبغي ان يتخذ المعالج منذ المقابلات الأولى دور ايجابي مساند للمريض، حيث ان الكثيرين من الكحوليين يتوقعون النبذ، ويفسرون الدور السلبي للمعالج باعتباره نوع من النبذ. وفي الواقع، فإنه عادة ما يكون هناك حاجز انفعالي وذهني بين الكحولي والمعالج. ويصبح ازالة هذا الحاجز الهدف الاول للعلاج.

وينبغي ان تتفق الاهداف العلاجية مع مقومات المريض وظروفه البيئية. وان تصاغ في ضوء تقييم حالة الفرد. ومن ثم يجب ان تتفاوت الاهداف العلاجية من شخص لآخر.

بعبارة اخرى، يمكن القول بأنه بغض النظر عن الاسلوب الذي يتبعه المعالج، فانه ينبغي انه يرى المشكلة ليس باعتبارها قضية فرد بذاته، وانما يراها في ضوء ديناميات الموقف، وباعتبار ان المريض جزء من نظام اجتماعي. وهذا يعني، في غالب الامر ، تناول الشريك الأخر او بعض افراد الاسرة، والتعرف على القوى الموجودة في بيئة المريض والتي تمارس تأثيرها عليه. وهذا يعني ـ بلا شك ـ ان المعالج النفسي الذي يتناول حالات الادمان، لا ينبغي ان يستخدم منحى علاجيا جامدا، وان عليه ان يعدل من منحاه وفقاً لظروف كل مريض.

ثانياً: العلاج الفسيولوجي

هناك صورتان من العلاج الفسيولوجي هما علاج النفور Aversion Therapy[1]، وعلاج الدايسلفرام Disulfiram therapy . وإن كان الاثنان ما هما الا وجهان لعملة واحدة.

يمكن تعريف النفور Aversion بأنها مشاعر مزعجة مصحوبة بدافع للانسحاب او التجنب. ويتوازى مفهوم اشراط النفور Aversive Conditioning مع مفهوم العقاب. =

علاج النفور

يبدو ان اول محاولة منظمة لعلاج الادمان الكحولي باستخدام اسلوب الاشراط Conditioning قد قام بها كانتروفيتش Kantorovich عام ١٩٢٩. الا ان ذلك الاسلوب لم يلق من الغرب اهتماماً يذكر حتى اواخر الثلاثينيات واوائل الاربعينيات حيث شاع استخدامه بعدئذ. ولقد قامت تلك الجهود الأولى في استخدام نموذج الاشراط لعلاج الادمان الكحولي على اساس افتراض ان النفور من الكحول يمكن العمل على حدوثه بنفس الأسلوب الذي ينمو من خلاله إشراط النفور لأي منبه آخر (Franks, 1970. P.458).

ويستخدم في هذا النمط العلاجي الاميتين Emetine او الابومورفين Apomorphine في محاولة لخلق حالة من الكراهية للكحول من خلال اقامة نوع من الارتباط بين الكحول ومشاعر الغثيان والقيء. ويقوم الافتراض الأساسي هنا على ان الارتباط المتكرر بين الكحول وبين ما يحدث من اعراض مزعجة يمكن ان يؤدي الى استجابة شرطية لتعاطي الكحول.

وينبغي تناول الكحول قبل ان يبدأ العقار في احداث مشاعر الغثيان

= فاحدى الطرائق الاساسية التي يستخدمها الانسان العادي للعمل على خفض عودة ظهور او حدوث استجابة ما، هو تعريض المرء لنتائج مزعجة عند حدوث هذه الاستجابة غير المرغوب فيها. ويشار الى هذا الاسلوب - في الحياة العادية - بالعقاب، الا ان هذا اللفظ - اي العقاب - لا يستخدم بطبيعة الحال في المجال الاكلينيكي.

وأحد اسباب عدم شيوع اسلوب «العقاب» في الحقل الاكلينيكي يعود الى ان «العقاب» ليس في مثل فاعلية «التدعيم الايجابي» Positive reinforcement . وعلى هذا، فإنه عادة ما يتم استخدام اسلوب العقاب اي «النفور» مقروناً بالتدعيم الايجابي. وعلى هذا، فان المعالج يعمل ليس فقط على عقاب المرء على الاستجابة غير المرغوب فيها، وانما يعمل ايضاً على تدعيم الاستجابة السوية المنشودة.

وحالة القيء. ويتناول المريض الشراب المفضل له في مثل هذه الجلسات التي تستمر من ٣٠ الى ٦٠ دقيقة. وتجري هذه الجلسات يوماً بعد يوم، وذلك لأربع او ست جلسات.

ويمكن تدعيم اشراط النفور باعادة الجلسات مرة او اثنتين اذا ما كشف المريض عن عودة لرغبة في تعاطي الكحول. كما يعاد تطبيق جلسات الاشراط في نهاية الست شهور.

ويذكر كثير من المعالجين أن نسبة نجاح هذا الاسلوب العلاجي تكون مرتفعة بين المرضى الذين يحتفظون بنوع من العلاقة مع المعالج قبل او بعد العلاج، وبين من ينتمون الى طبقة اجتماعية واقتصادية مرتفعة.

علاج الدايسلفرام

استحدث هذا الأسلوب العلاجي في الدانمرك عام ١٩٤٨، وانتشر في غالبية المراكز العلاجية في العالم، الا ان هذا الحماس قد تضاءل اخيرا. ومع ذلك، فلا زال اسلوباً علاجياً للادمان الكحولي.

ويبدأ الأسلوب العلاجي بجرعة قدرها ٠,٥ ملليجرام من الدايسلفرام مرة واحدة يومياً لمدة تستمر من اسبوع الى ثلاث اسابيع. فاذا تناول المريض الذي يعالج بالدايسلفرام الكحول فانه ينمو لديه بعد ٥ إلى ١٠ دقائق من تعاطيه الكحول، احساس بالسخونة في الوجه، مع تصاعد الدم للوجه والاطراف العليا. ويعاني من تيبس في الرقبة، وتقلصات في الشعب الهوائية مصحوبة بصعوبة في التنفس. وتظهر اكثر الاعراض حدة بعد حوالي نصف ساعة من تناول الكحول.

وأما اولئك المرضى الذين يكونون قد تناولواكميات كبيرة من الكحول، فانهم يستشعرون بالغثيان، وينتابهم شحوب الوجه بدلاً من تصاعد الدم اليه بسبب حدوث انخفاض في ضغط الدم. ويبدأ المريض في القيء، مصحوباً بمشاعر عدم الراحة والخوف (Chafetz, 1972. P.1025).

جماعات الادمان الكحولي

Alcoholics Anonymous AA

هذه الجماعات هي نوع من الهيئات التطوعية اسسها عام ١٩٣٥ اثنان مدمنان على الكحول سابقا. وتضم حالياً في عضويتها اكثر من مليون نسمة في الولايات المتحدة وفي العديد من دول العالم. وتقوم هذه الجماعات على اساس مساعدة الفرد لذاته. وتستهدف الوصول بالفرد الى حالة من النقاء Sobriety اي الامتناع عن تناول الكحول.

وتزود هذه الجماعات الاعضاء بالمساندة الوجدانية والفهم والمشورة. وتساعد الفرد على التأمل الذاتي والاعتراف بحقيقة مشكلته. وتشبع الحاجة الى التواكل من خلال التوحد بالجماعة. وتشجع الاعضاء على الاتصال ببعضهم البعض بصفة مستمرة عندما يستشعرون حاجة الى رفقة وتشجيع كي لا تنتكس حالتهم مرة اخرى. ويدرب كل عضو على استمرار قدرته على مقاومة تناول حتى اي جرعة مفردة من الكحول، كي لا يفقد السيطرة مرة اخرى على تناول الشراب.

وتتيح هذه الجماعات مخارج اجتماعية مقبولة بديلة عن الحاجة الى تعاطي الكحول. كما تهتم بالجوانب الدينية والروحية. ومع ذلك، فان ادعاء هذه الجماعات بفاعلية اساليبها العلاجية لم يخضع تماماً للبحث والتقييم العلمي. وهناك بعض من المؤشرات تفيد بضرورة الحذر من النتائج المعلنة لهذه الجماعات.

الخطوات العلاجية المقترحة لهذه الجماعات

١ ـ الاعتراف بقلة الحيلة بالنسبة للكحول.

٢ ـ وجود قدرة اقوى من الذات يمكن ان تعمل على استعادة سلامة العقل.

٣ ـ اتخاذ قرار يتعلق بتسليم ارادة وحياة الفرد الى الخالق.

٤ ـ فهم جيد لمحتوى الذات بدون تردد او خوف.

٥ ـ الاعتراف الى الله والذات والآخرين بطبيعة اخطاء الذات.

٦ ـ تقبل فكرة ان الله سوف يمحو كل هذه الاخطاء.

٧ ـ الدعاء الى الله بأن يزيل اخطاء ونواحي قصور المرء.

٨ ـ وضع قائمة بأسماء من تم الاساءة اليهم، وان يصبح المرء على استعداد لاصلاح ما أفسده بالنسبة لهم.

٩ ـ القيام باصلاح ما افسد لهم بقدر الامكان.

١٠ ـ الاستمرار في تفحص ودراسة الذات، والاعتراف فوراً بالأخطاء إن وجدت.

١١ ـ الدعاء خلال الصلاة، والأمل في تحسين الصلة بالله.

١٢ ـ الانتهاء الى حالة من الصحو الروحاني كنتيجة لكل تلك الخطوات.

ومحاولة نقل هذه الرسالة الى الكحوليين الآخرين، وممارسة كل هذه المبادىء في جميع الشؤون.



احد المجتمعات العلاجية

«يقوم العلاج في المجتمعات العلاجية على اساس اسلوبين هما:

اسلوب المواجهة الجماعي، واسلوب العلاج من خلال البيئة المحيطة بالفرد. ففي جلسات المواجهة العلاجية. يتحدث الفرد (المدمن) عن الخطأ، يأمل ان يتعرف على نواحي القصور والضعف لديه. وما ان يتحقق ذلك حتى تعمل الجماعة على مساعدته وتشجيعه كي ينمي اساليب حياتية جديدة».

المستنشقات

Inhalants

المستنشقات هي.مركبات طيارة تُحدث عند استنشاق ابخرتها تأثيراً مسكرا. ويمكن تصنيف المستنشقات في ثلاث مجموعات رئيسية هي:

١ ـ مذيبات طيارة مثل.تلك التي توجد في الغراء ومزيلات الاصباغ.

٢ ـ مركبات.معبأة في علب الأيروسول.

٣ ـ عقاقير التخدير مثل ثاني اكسيد النيتروز والايثير والكلورفورم.

المذيبات الطيارة:

هناك العديد من هذه المستحضرات، يستخدم بعضها استخدامات منزلية، ومنها: مزيلات اصباغ الاظافر، المنظفات، مزيلات الطلاء. وتتضمن المذيبات الطيارة التي تستخدم في تلك المركبات: البنزين، الاسيتون، كلوريد الميثالين Methylene chloride، تتراكلوريد الكربون Carbon tetrachloride. هذا، ويشيع اساءة استخدام المذيبات الموجودة في الغراء ولاصقات البلاستيك.

المركبات المعبأة في علب الأيروسول:

كثير من المنتجات معبأ في علب الايروسول، ابتداء من الاصباغ الى مزيلات الروائح. ومعبأ في هذه العلب غازات ومركبات طيارة تحدث عند استنشاقها مفعولاً مسكراً.

عقاقير التخدير:

عندما يساء استخدام هذه العقاقير فانها تحدث تأثير مسكر. وقد استخدم الايثير لأول مرة بواسطة لونج Crawford Long من ولاية جورجيا وذلك عام ١٨٤٢. إلا أن استخدامه الفعلي لم يبدأ الا عام ١٨٤٦ بواسطة طبيب اسنان يدعى مورتون William T.G. Morton .

وقد اكتشف بريستلى Sir Joseph Priestly عام ١٧٧٦ غاز ثاني اكسيد النيتروز. وقد قام داڤي Sir Humphrey Davy في نفس السنة بتركيب هذا الغاز. وتمّ استحداث الكلوروفورم عام ١٨٣١.

إساءة استخدام الصمغ والغراء

يتم إساءة استخدام الصمغ والغراء بأساليب عديدة. ويفضل البعض وضع محتويات انابيب الصمغ والغراء في ورق أو كيس بلاستيكي، ثم يمسكون بالكيس البلاستيكي بالقرب من الفم او الانف، ويستنشقون بعمق إلى أن يختفي مفعول الأبخرة. وقد يضع البعض الآخر محتويات انبوب الصمغ في منديل، ثم يوضع المنديل فوق الفم والانف مثل القناع الطبي.

ويعتبر استخدام الكيس البلاستيكي من الخطورة بمكان. اذ يشكل حاجز مانع للهواء عن وجه المتعاطي. فاذا افقد المتعاطي الوعي واستمر الكيس متعلقاً بالوجه، فمن المؤكد ان يموت المتعاطي مختنقا.

التأثير:

المستنشقات لها ـ بصفة عامة ـ تأثير مهبط على الجهاز العصبي المركزي. وعلى هذا فإن تأثيرها مماثل لتأثير مشتقات الباربيتوريت والافيونيات والكحول (Fuqua, 1978. P162-165).

والتأثير المباشر للمستنشقات هو تأثير قصير المدى يستمر في الاغلب من ١٥ دقيقة الى ٤٥ دقيقة عقب الاستنشاق. وقد يتبع ذلك النعاس وفقدان الشعور.

ويمكن ان يُحدث استنشاق الغراء حالة من فقد الذاكرة للأحداث التي وقعت خلال مرحلة التسمم. ومن اعراض التأثير السُمّي لاستنشاق الغراء: الغثيان، فقد الشهية، نقص الوزن، سهولة الاستثارة، تدهور القدرة على الانتباه، فقد فجائي للوعي. وقد تكون هناك اعراض اخرى مثل: عدم اتزان وضع الجسم، اندغام الكلام، الرؤية المزدوجة. وهناك احتمال بأن يرتكب المتعاطي افعالا عدوانية وغير مسؤولة (Hoff, 1972. P.766).

التحمل والاعتماد والانسحاب:

ينمو التحمل للمستنشقات خلال ثلاثة اسابيع، بحيث يحتاج المتعاطي الى المزيد من تلك المواد لاحداث نفس التأثير الذي كان يمر به سابقا. كما ينمو

لدى البعض اعتماد نفسي لهذه المستنشقات. ولكن لا يبدو ان هناك اعتماد بدني، اذ لا توجد شواهد تشير الى حدوث اعراض الانسحاب عند التوقف الفجائي عن استخدام تلك المواد. وان كان البعض قد يعاني من اعراض عند التوقف عن الاستنشاق مثل: سهولة الاستثارة، القلق، الارق.

العلاج:

ينتمي المتعاطين الى بيئة اقتصادية واجتماعية فقيرة. وعادة ما ينتشر التعاطي بين الاطفال ممن تتراوح اعمارهم بين ٨ ـ ١٤ سنة لهم تاريخ من الجنوح. ولهذا فان الأسلوب العلاجي لا ينبغي ان يقوم على اساس وضع هؤلاء الاطفال والمراهقين على جراعات مساندة من العقاقير، وإنما ينبغي ان يكون الهدف العلاجي ليس فقط الانسحاب من استخدام هذه المواد وانما التأهيل الاجتماعي الذي يستهدف تكامل الفرد في مؤسسات المجتمع التعليمية والمهنية.

وينبغي الاهتمام بدراسة المجتمع والظروف البيئية التي ينشأ فيها هؤلاء الاطفال والمراهقين. والعمل على كل ما من شأنه ازالة المعوقات التي تواجه الطفل والمراهق، وتزويدهم بخبرات محببة لهم ومقبولة اجتماعيا، بحيث لا ينشدون الانسحاب من العالم الواقعي (Freedman and Wilson, 1972. P.1430).

الفصل الرابع

الادمان
على
المهدئات الصغرى

العقاقير المستخدمة في الطب النفسي

مما لا شك فيه ان استخدام مواد لاحداث نوع من التغيير في الحالتين المزاجية والشعورية هي من خصائص الانسان. وقداستخدم الانسان منذ آلاف السنين الكحول والمخدرات ومواد اخرى عديدة بحثا وراء اللذة ونشدانا لما تحدثه من آثار نفسية. الا انه اتجه منذ وقت قصير نسبيا الى تعاطي مركبات تم تخليقها في المختَبرات، والتي كان الهدف الاساسي من تصنيعها هو استخدامها في العلاج الطبي النفسي.

فقد بدأ استخدام البرومورات Bromides في الطب منذ حوال عام ١٨٣٠ واستخدمت مركبات الباربيتوريت عام ١٩٣٠ الا ان بعض الاطباء ظلوا حتى عام ١٩٣٨ يدعون بعدم وجود اعتماد بدني عليها، حتى ظهرت مقالات عديدة تشير الى ان المدمنين على الباربيتوريت يمرون بنوبات تشنجية او ذهانية اذا ما توقفوا عن تعاطيها.

وحاليا هناك العديد من العقاقير التي تستخدم اساسا لاغراض علاجية في مجالات الطب النفسي، الا انه يشيع اساءة استخدامها والادمان عليها من العديد من افراد المجتمعات. وينتمي معظم هذه العقاقير الى فئة المهبطات Depressants من حيث تأثيرها على الجهاز العصبي المركزي ومنها :

١ـ مشتقات الباربيتوريت[1] مثل:

Phenobarbital (Luminal)

Amobarbital (Amytal)

Pentobarbital (Numbutal)

Secobarbital (Seconal)

٢ـ منومات من غير مشتقات الباربيتوريت مثل: Gluteathimide (Doriden) وقد استخدم هذا النوع من العقاقير لاول مرة عام ١٩٥٤، وكان هناك اعتقاد بأنه لا يسبب الادمان ويمكن استخدامه كبديل لمشتقات الباربيتوريت، الا انه تبين بعد ذلك خطأ هذا الاعتقاد.

٣ـ عقاقير متنوعة مثل Chloral hydrate وان كان يمكن اعتبارها ايضا من فئة المنومات. ويعتبر هذا العقار من اقدم العقاقير التي تستخدم لعلاج الارق. وقد تم تركيبه لاول مرة في الستينيات من القرن التاسع عشر. ويماثل تأثيره ـ بصورة او اخرى ـ ذلك التأثير الذي تحدثه المشروبات الكحولية. وينمو التحمل واعتماد بدني ونفسي لدى المتعاطي. واعراض الانسحاب (أي التوقف الفجائي عن التعاطي) تماثل اعراض الهذيان المخيف Delirium tremens في حالات الادمان الكحولي.

٤ـ المهدئات Tranquilizers ويمكن تصنيفها اساسا الى فئتين من المهدئات هما:

أـ المهدئات الكبرى Major tranquilizers وهي تستخدم لعلاج بعض

(١) تناولنا موضوع الادمان على مشتقات الباربيتوريت بالتفصيل في موضع آخر من هذا الكتاب.

حالات المرض العقلي، وبهذا يمكن تصنيفها باعتبارها مضادات للذهان Antipsychotics أي Neuroleptics

ب ـ المهدئات الصغرى Minor tranquilizers وقد بدأ عهد هذه الفئة من المهدئات في الخمسينيات من خلال استخدام ال Meprobamate والذي تم تسويقه تحت اسماء تجارية مثل Equanil, Miltown . كما ينتمي الى هذه الفئة ايضا مواد ذاع انتشارها اخيرا مثل Diazepam (Valium). Chlordiazepoxide (Librium) .

وبالنسبة للمهدئات الكبرى فانه لا ينتج عن استخدام هذه المجموعة من المهدئات لاغراض علاج الامراض العقلية اية مشاكل من الادمان. الا انه ينمو التحمل في حالات تعاطي المهدئات الصغرى، كما يحدث نوع من الاعتماد البدني والنفسي. ويؤدي الامتناع الفجائي عن التعاطي عقب اساءة استخدام مطول لهذه العقاقير الى ظهور اعراض الانسحاب مثل الهذيان والتشنجات والغيبوبة.

وينبغي استخدام مجموعة المهدئات الصغرى بحكمة وفي جرعات مناسبة مصاحبة للعلاج النفسي. اذ يمكن ان تعمل على تقدم عملية العلاج النفسي من خلال تأثيرها في خفض حالة القلق. وفي الواقع فان الجرعات المعتادة من هذه العقاقير لا تؤدي الى الادمان، الا ان بعض المرضى ممن لهم تاريخ من الاعتماد العقاقيري، فانهم في الاغلب معرضون للادمان على هذه المجموعة (Denber, 1972.P.1271).

ومما ينبغي الاشارة اليه هو ان هناك نوعا من السهولة النسبية في الحصول على هذه العقاقير. وكثير من المتعاطين للمهبطات بصفة عامة يحصلون عليها من خلال مسارات طبية مشروعة. ومن ثم فان كثير من المتعاطين لا يقعون

تحت طائلة القانون، مما يجعل من الصعب تقدير حجم مشكلة الادمان على هذه العقاقير.

ومن المحتمل ان تكون نسبة حدوث حالات الاعتماد العقاقيري هي الآن اعلى مما كانت عليه في الماضي. ولعل هذا الارتفاع في تلك النسبة يعكس إمكانية الحصول على العقاقير، والاتجاهات الاجتماعية نحو العقاقير والمهدئات، والاتجاهات الحضارية في اعتبار أن التوتر النفسي هو حالة غير سوية، وان عدم المعاناة من القلق هو امر مرغوب فيه (Ewing, 1972.P.1004).

ويشيع استخدام العقاقير التي تنتمي الى فئة المهبطات بين العديد من فئات المجتمع. اذ يستخدم المدمنون على الامفيتامينات (وهي من المنبهات او المنشطات) العقاقير المهبطة للحد من حالة التنبيه الزائد التي تحدثها الامفيتامينات. ويستخدم المراهقون المهبطات للحصول على حالة من النشوة خلال حفلاتهم الصاخبة. ويعمد المدمنين على الهيروين الى استخدام العقاقير المهبطة لزيادة فاعلية جرعة الهيروين. ويستخدم الكثيرون من افراد المجتمعات هذه المهبطات لمواجهة حالة التوتر والقلق التي تحدثها الظروف الحضارية الراهنة. وتميل النساء الى استخدام العقاقير المهبطة اكثر من الرجال (Fuqua, 1978.P.71).

ويتباين تأثير المهبطات من الشعور بحسن الحال الى السبات والغيبوبة والوفاة. وتتوقف فاعلية هذه العقاقير على العديد من العوامل مثل: التركيب النفسي للمتعاطي وحالته المزاجية، درجة التحمل، نوعية العقار، الكمية التي يتم تعاطيها. ولكن نتفهم بعضا من هذا التأثير ـ والذي يعود في جانب جوهري منه الى طبيعة العقاقير المستخدمة فاننا سوف نكتفي بالاشارة إلى إساءة استخدام المبروباميت و الكلورديازيبوكسيد.

وبالنسبة لمركبات المبروباميت Meprobamate (الملتون Miltown والايكوانيل Equanil) فانه يتوازى تاريخ هذا العقار مع تاريخ الباربيتوريت. وقد استحدث المبروباميت في الممارسة الاكلينيكية حوالي عام ١٩٥٤. وخلال ثلاث سنوات امكن التعرف على انه يؤدي الى الاعتماد وقيام زملة الانسحاب Withdrawal syndrome بما في ذلك من نوبات تشنجية في الدراسات التجريبية على الانسان والحيوان.

وتحدث خلال المراحل الاولى من الاستخدامات الزائدة للمبروباميت اعراض عدة مثل: النعاس، اضطراب حركة الجسم Ataxia ، دوار، غثيان. الا انه سرعان ما يتكيف الشخص مع العقار وتنمو لديه ظاهرة التحمل. على ان اعراض الانسحاب نادرا ما تظهر بين من يتعاطون اقل من ٦ اقراص فئة ٤٠٠ ملليجرام يوميا. ولا تحدث بين المرضى الذين يتعاطون من ثلاثة اقراص الى اربع اقراص في اليوم.

ويمكن لاعراض الانسحاب ان تظهر بين المر ضى الذين يتعاطون ٨ اقراص يوميا او اكثر اذا ما تم التوقف عن التعاطي فجاءة. وتتضمن هذه الاعراض: رجفات، تقلصات عضلية، غثيان، قلق، ارق.

وبالنسبة لعقار الكلورديازيبوكسيد Chlordiazepoxide (Librium) فإن المريض يكشف عن اعراض التسمم Intoxication واعراض من الخلط العقلي في حالة تعاطيه جرعات اكثر من ٨٠ ملليجرام يوميا. ويكشف تعاطي هذا النوع من العقاقير عن اعتماد بدني. اذ انه في حالات الانسحاب من تعاطي كميات كبيرة منه (٣٠٠ ملليجرام او اكثر) تظهر اعراض الامتناع ومنها: فقدان الشهية، الاضطراب العصبي، غثيان، عرق، ارق، رجفات ، نوبات تشنجية ، (Ewing, 1972.P.1007).

مركبات الباربيتوريت

Barbiturates

تمثل مشتقات الباربيتوريت مجموعة من مهبطات الجهاز العصبي المركزي. وهي تعتبر من أهم المواد في موضوعات الاعتماد العقاقيري من غير المخدرات والكحول. وقد تم تخليقها وانتجت لاول مرة عام ١٩٠٣ . وصنع منذ ذلك الحين العديد من مشتقات حامض الباربيتوريت Barbituric acid. ويوجد حاليا حوالي اثني عشر مركب منها شائعة في الاستخدام الطبي. وهي توصف كملطف للقلق، وخفض التوتر، والتغلب على الارق، وعلاج الصرع، وفي بعض اغراض التخدير.

وعندما يساء استخدام هذه العقاقير فانهاتصبح من اخطر مواد الادمان، ويسبب اساءة استخدامها اعتماد بدني ونفسي. ويمكن ان يؤدي ذلك ايضا الى سلوك عدواني خطر على المتعاطي وعلى الأخرين. وغالبا ما يتم تعاطي هذه المركبات مع الكحول ومواد اخرى مثل الامفيتامينات والهيروين.

ويمكن تصنيف مركبات الباربيتوريت وفقا لمدى فاعليتها كالتالي:

اولا: مركبات طويلة الامد تستغرق وقتا طويلا نوعا ما كي يتم تمثيلها وافرازها من خلال الكبد والكليتين. وهي يمكن ان تجلب النوم لمدة تتراوح من ٦ الى ١٠ ساعات، ومن امثلتها اللومينال Luminal والتوينال Tuinal.

ثانيا: مركبات متوسطة المدى يبدأ مفعولها عقب حوالي نصف ساعة من تعاطيها، ويستمر هذا المفعول لمدة ٦ ساعات تقريبا ومنها Amytal.

ثالثا: مركبات قصيرة المدى وتمارس مفعولها عقب حوالي خمسة عشر دقيقة من تعاطيها، ويستمر مفعولها من ساعتين الى ثلاث ساعات ومنها: Nembutal, Seconal.

رابعا: مركبات ذات مدى فائق القصر، حيث يحدث مفعولها بعد حوالي ١٠ دقائق من تعاطيها ويستمر لفترة تبلغ حوالي ٥٠ دقيقة، ومنها: Pentothal.

ومعظم مركبات الباربيتوريت التي يتم الادمان عليها هي من نمط المركبات متوسطة المدى او قصيرة المدى (Fugua, 1978.P.74).

ومع ان استخدام مشتقات الباربيتوريت قد حدث منذ اكثر من ثمانين عاما، الا ان الخاصية الادمانية اصبحت معروفة منذ حوالي خمسة وخمسين عاما فقط. ومن المؤكد ان مشتقات الباربيتوريت تصل الى الاشخاص المعتمدين عليها من خلال وسائل غير مشروعة، الا انه من الواضح ايضا ان الاطباء يسهمون في حدوث هذه المشكلة من خلال اللامبالاة من جانب البعض او قصور في المعرفة من جانب البعض الأخر. ومع انه يمكن لمشتقات الباربيتوريت ان تكون علاجا مفيدا لبعض الاعراض المرضية، الا ان الاعتماد المطول عليها لقمع هذه الاعراض، وفي غياب تشخيص طبي سليم، هو امر ليس له ما يبرره. وعلى اية حال، فقد كان الاطباء يصفون هذه العقاقير بكثرة في بداية الامر، الا انه قامت حملة ضدها في الاربعينات بسبب تأثيرها الادماني.

والتسمم الخفيف بهذه المركبات يؤدي الى اعراض مثل بطء الكلام

والفهم، تأثر الذاكرة، اضطراب عمليات التفكير والقدرة على اصدار احكام سليمة مناسبة للموقف، قصور في الانتباه، سهولة الاستثارة، احتمالات ظهور دوافع عدوانية وافكار مماثلة لما يحدث في الجنون الهذائي (البارانويا)، سهولة التقلب الانفعالي مع قيام مظاهر انفعالية غير مناسبة للموقف فقد يضحك المرء او يبكي بلا مبرر، اهمال المظهر والعمل. كما تحدث ايضا مظاهر خاصة بالجهاز العصبي مثل: اندغام الكلام، حركة مقلة العين السريعة، الرؤية المزدوجة(ازدواج الابصار)، دوار، اضطراب الحركة Ataxia .(Hoff,1972.P.765)

خصائص شخصية المدمنين على مشتقات الباربيتوريت

هناك ما يشير الى ان امكانية حدوث اعتماد على مشتقات الباربيتوريت هي اقوى ما تكون بين المرضى الذين لهم تاريخ سابق من الاعتماد على مواد اخرى بما في ذلك الكحول.

كما تشير الخبرة الاكلينيكية الى ان الاعتماد يحدث اساسا بين الاشخاص غير المتكيفين انفعاليا. اذ ينشد مثل هؤلاء الاشخاص التحرر من مشاعر عنيفة من التوتر والقلق. ويصبح العقار طريقا للهرب من هذه المشاعر بدلا من محاولة ايجاد صور أفضل للتكيف. ويتعرض هؤلاء الاشخاص الى صراع نفسي بسبب دوافع عدوانية وجنسية ورغبات تواكلية. وغالبا ما يتصفون بنمط شخصية« سلبي ـ عدواني»، « سلبي متواكل».

وفي الواقع، فان مشتقات الباربيتوريت مثل الكحوليات لها تأثير يعمل على خفض عوامل الكف التي يمارسها لحاء المخ. ويؤدي هذا التأثير الى حالة من التحرر، في صورة تعبير عن الدوافع العدوانية ـ مثلا ـ او رغبات

تواكلية، والتي تعمل في الظروف العادية - أي عندما لا يكون المرء تحت تاثير هذه العقاقير - على استثارة مشاعر عميقة من الاثم.

وعلى هذا ينبغي دراسة اية تغيرات تحدث للشخص وهو تحت تأثير مشتقات الباريبتوريت. اذ ان حدوث مظاهر من المشاغبة - مثلا - تحت تأثير هذه المركبات وليس في غير ذلك من اوقات، قد يشير الى وجود صراع حول التعبير عن دوافع عدوانية.

ومن جهة اخرى، فقد يخفي الاعتماد على مشتقات الباربيتوريت حالات من المرض النفسي. لهذا من الضروري اجراء دراسة شاملة للحالة، ووضع برنامج علاجي مناسب، اذ انه بدون ذلك يصبح هناك احتمالات بتكرار حدوث الانتكاسات (Ewing,1972.P.1005).

ظاهرتي التحمل والاعتماد

ينمو لدى المتعاطي تحمل لهذا العقار. ويحدث ذلك بصفة خاصة عندما يتم التعاطي عن طريق الحقن. ويضطر الى زيادة الجرعات بصفة مستمرة، الامر الذي يجعل الحد الفاصل بين الجرعة المتعاطاة والجرعة المميتة هو حد هش جداً.

ويؤدي اساءة استخدام هذه العقاقير الى الاعتماد البدني والنفسي. وعادة ما يبدأ بعض المرضى بتعاطي هذه العقاقير - وبصفة خاصة قصيرة الامد - للتخفف من حدة القلق او الارق. الا انه يضطر الى زيادة الجرعة تدريجيا. هذا في حين يحاول اخرون العمل على خلق نوع من التوازن بين فاعلية الباريبتوريت وبين عقاقير اخرى منشطة مثل الامفيتامينات، مع زيادة تدريجية في الجرعات.

واذا كانت الجرعات التي يتعاطاها المرء تتراوح بين سبعة او ثمانية كبسولات او اكثر، وكل كبسولة ١٠٠ ملليجرام، فان التوقف الفجائي عن تعاطي مثل هذه الجرعات سوف تكون له مضاعفات خطيرة، قد تكون في صورة نوبات تشنجية، واعراض مماثلة للهذيان المخيف[1] Delirium tremens.

وتحدث عادة اعراض **الانسحاب** (التوقف الفجائي عن التعاطي) كالتالي:

١- يبدأ المريض في المعاناة من العصبية والقلق والارق، مع شعور بضعف عام وصداع، وذلك بعد فترة من ٨ - ١٢ ساعة عقب آخر جرعة تعاطاها.

٢- وبعد فترة من ٣٦ الى ٧٢ ساعة عقب آخر جرعة، قد يعاني من نوبات تشنجية وهذيان، وقد يدخل بعد ذلك في غيبوبة قاتلة.

٣- واذا عاش المريض بعد ذلك، فانه سوف يعاني من هذاءات وهلاوس شبيهة لما يحدث في حالات الهذيان المخيف المصاحب للادمان الكحولي.

---

(١) الهذيان المخيف D.T.'s هو حالة ذهانية حادة تحدث مع استخدام زائد لفترة طويلة للكحول. ونادراً ما يحدث هذا المرض لمن هم دون سن الثلاثين عاما. وكان هناك اعتقاد بأن المرض يبدأ نتيجة للتوقف الفجائي عن تناول الكحول. الا أنه قد تبين ان انخفاض نسبة الكحول في الدم يمكن ان تحدث هذه الحالة، وكذلك يمكن لاصابة او عدوى حادة ان تؤدي الى ذلك. وعادة ما تكون هذه الحالة مسبوقة بعدم الاستقرار، سهولة الاستثارة، النفور من الطعام، اضطراب في النوم مصحوب بأحلام مخيفة. ويكثر حدوث الهلاوس Hallucinations وخداع البصر Illusions. ويكون المريض مذعورا. وقد يكون هناك حيوانات وحشرات تهدد المريض، والتي يحاول المريض مذعوراً الفرار منها (وهو في هذا يعاني من هلاوس بصرية). كما انه قد يعاني من هلاوس سمعية وحسية في صورة حشرات تزحف فوق جسده، او روائح وغازات تضخ في غرفته. هذا بالاضافة الى معاناته من هلاوس سمعية. وتشيع حالة من الخلط وعدم ادراك الزمان والمكان، كما يتدهور الانتباه.

نمط اساءة الاستخدام:

قد تتراوح انماط اساءة استخدام مركبات الباربيتوريت من اساءة استخدام بسيطة الى اساءة استخدام خطيرة من خلال الحقن، وهو من خصائص الادمان المتطرف على هذه المركبات.

وعادة ما يتعاطى المدمنون مركبات الباربيتوريت عن طريق الحقن لان ذلك يولد لديهم مشاعر من السورة الجنسية Orgasmic sensation او الزخم Rush. الا ان التعاطي بهذا الاسلوب يؤدي الى سرعة نمو ظاهره التحمل. هذا بالاضافة الى حدوث المضاعفات الناتجة عن استخدام ابر غير معقمة بشكل كافي ونقل العدوى من فرد لأخر.

ويميل المدمنون ايضا الى الاتجاه نحو التعاطي المتعدد Polydrug abuse. اذ يستخدمون الباربيتوريت مع العديد من المواد الاخرى مثل الامفيتامينات والهيروين. وفي هذا الصدد، نجد ان المدمنين على الهيروين ممن يخضعون للعلاج بتعاطي الميتادون كجرعات مساندة، يجدون ان الميتادون لا يؤدي الى حدوث مشاعر الخفة وحسن الحال التي كانوا ينشدونها من تعاطي الهيروين، لهذا فانهم يلجؤن الى تعاطي مشتقات الباربيتوريت بالاضافة الى الميتادون، بأمل ان تعمل مشتقات الباربيتوريت على احداث تلك المشاعر الخاصة بالانشراح وحسن الحال والحالة المزاجية المرتفعة (Fuqua 1978.P.76).

وعادة ما يستخدم المراهقون وصغار الراشدين مركبات الباربيتوريت مع الكحول، وبذلك يتضاعف تأثير كل منهما وهو ما يطلق عليه Synergetic effect الا ان الجرعات حتى الصغيرة منها يمكن ان تؤدي الى تأثير مميت.

التشخيص:

يرتكز التشخيص على حالة الخلط العقلي للمريض، وعدم تآزر السلوك الحركي، وظهور صور من السلوك العدواني، وان كان الكثيرون قد يكشفون عن حالة من الخمول والنعاس.

ومع ذلك، لا ينبغي الاعتماد فقط في التشخيص على حالة الخمول والتأثير المسكن لهذه المجموعة من العقاقير، والذي قد يختفي بعد بضعة ايام من تعاطي آخر جرعة زائدة. اذ انه من الاكثر اهمية اجراء فحص للجهاز العصبي ودراسة وافية للحالة العقلية للمريض.

وعادة ما يكون هؤلاء المرضى غير راغبين في الكشف عن طبيعة الاعراض التي يعانون منها. ويعمدون عادة الى ذكر الكمية التي يتعاطونها في اقل حد ممكن، كما ان الكثيرين من هؤلاء المرضى متشككون، كما يكونوا في حالة من الخلط بحيث لا يمكن الاعتماد على تعاونهم. ومع ذلك، ينبغي محاولة التعرف على الجرعة اليومية التي اعتادوا على تعاطيها، حتى يمكن وضعهم على مثل تلك الجرعة قبل العمل على خفضها تدريجيا.

والمظاهر الاولى لزملة التوقف عن التعاطي هي ارق مصحوب بحالة من الضعف العام، عدم استقرار، عرق، رجفات، قلق وخوف، تقلصات عضلية، قيء، ارتفاع في درجة الحرارة، سلوك ذهاني مصحوب بهلاوس، هذيان، ذعر شديد مماثل لذلك الذي يحدث في حالات الهذيان المخيف Delirium tremens، كما يمكن ان تحدث نوبات تشنجية عقب مرور ١٥ ساعة او اكثر عقب آخر جرعة. ويعتبر ارتفاع درجة الحرارة بسرعة من النذر السيئة وقد تكون مؤشرا على نهاية مميتة. كما ان حدوث الهذيان المصاحب للتوقف عن التعاطي المزمن للباربيتوريت، يمكن ان يكون ايضا من المؤشرات

على نهاية مميتة. وبصفة عامة، لا ينصح على الاطلاق بالتوقف الفجائي عن تعاطي مشتقات الباربيتوريت بالنسبة للشخص المدمن.

العلاج[1]: هناك قاعدة اساسية في علاج الادمان على الباربيتوريت، وهو الا يزيد خفض الجرعة اليومية التي اعتادها المرء عن ١٠٪. وخلال المرحلة العلاجية، وعقب اعطاء المريض جرعة معينة من الباربيتوريت، فاذا ما كشف المريض عن مظاهر التوقف عن التعاطي Abstinence Syndrome فان ذلك يشير الى ان الجرعة التي اعطيت له صغيرة، وذلك لان المريض لم يذكر الحقيقة بالنسبة للجرعة التي اعتاد على تعاطيها. واما اذا بدا انه تحت تأثير حالة شديدة من التسكين، فان ذلك يدل على انه قد بالغ في ذكر حقيقة الجرعة التي كان معتادا على تعاطيها.

وفي الاحوال التي يكون فيها المريض غير قادر على ذكر كمية الباربيتوريت التي يتعاطاها او لا يرغب في ذلك، فان هذا الامر يقتضي اجراء اختبار للجرعة، وذلك باعطائه ٢,. ملليجرام بنتوباربيتال بالفم على معدة خاوية. ولا تعتبر هذه جرعة كبيرة بالنسبة لمريض لديه احتمال للباربيتوريت، شريطة الا يكون في ذلك الوقت في حالة واضحة من التسكين. وتستخدم نصف هذه الجرعة في حالة المرضى من المتقدمين في السن أو الضعفاء.

ويتم تقييم الحالة بعد ساعة. فاذا ظلت زملة الانسحاب واضحة، يعطى المريض فورا نفس الجرعة مرة اخرى. وبعد مضي ساعة اخرى قد

---

(١) يستهدف تقديم الاساليب العلاجية هنا هو مجرد التعريف بهذه الاساليب كي تكتمل الصورة لدى القارىء مع التوكيد بصفة خاصة على الحاجة الى صور علاجية خاصة وبالتالي التوكيد على خطورة الادمان على هذه المركبات.

يكون المريض نائما ولكن من الممكن ايقاظه. اما اذا كان مستيقظا ويكشف عن الحركة السريعة لكرة العينين، وصعوبة تركيز الابصار، واندغام الكلام، واضطراب ملحوظ في حركة الجسم Ataxia فان ذلك يشير الى انه من الممكن ان يتحمل جرعة من ٥٠٠ الى ٦٠٠ ملليجرام يوميا. هذا، وبالنسبة للمرضى الذين يقررون بانهم يتعاطون جرعة يومية تصل الى ١٢ كبسولة او اكثر، كل كبسولة ١٠٠ ملليجرام، فان الاختبار المبدئي في مثل تلك الحالات يتكون من جرعة مقدارها ٣٠٠ ملليجرام.

وماان يتقرر مستوى الجرعات التي يتحملها المريض حتى توضع خطة الانسحاب التدريجي بمعدل لا يزيد عن ١٠٪ من مجموع الجرعات اليومية. الا ان هناك قلة من المرضى يعانون من استهداف لنوبات تشنجية، او يعانون من ضعف شديد، الامر الذي يستلزم تخفيض الجرعة لديهم بمعدل اقل من ١٠٪.

على ان احتمال حدوث المضاعفات بالنسبة لهؤلاء المرضى هو امر قائم، بسبب احتفاظهم عادة بعدد من الباربيتوريت سرا في امتعتهم وقت دخولهم المستشفى. ومن ثم، اذا ما تباينت الصورة الاكلينيكية بشكل لا يتفق مع الجرعات المعطاة، فانه ينبغي - في مثل تلك الاحوال - البحث في امتعة المريض وغرفته. كما ان هناك احتمال آخر يتلخص في امكانية ان يزوده افراد اسرته او اصدقاءه بكميات اضافية من الباربيتوريت، ولهذا ينبغي ان تكون هناك قيود على الزيارات.

ولا تحدث عادة نوبات تشنجية في حالة اتباع البرامج العلاجية السابقة، باستثناء مرضى الصرع. فاذا حدثت نوبة تشنجية ينبغي اعطاء المريض فورا جرعة من ١٠٠ الى ٢٠٠ ملليجرام من البنتوباربيتال Pentobarbital عن

طريق الفم او عن طريق العضل كل ساعة. وما ان يتقرر مستوى الاحتمال، تعود الخطة العلاجية الى الخفض التدريجي للجرعات مرة اخرى.

وينبغي الاشارة هنا الى انه لا يوجد عقار بديل يمكن استخدامه مع المرضى المعتمدين على الباربيتوريت، ثم ينسحبون منه تدريجيا، مثلما هو الحال في الادمان على المخدرات.

ويلزم لكل مريض مقاييس علاجية عامة، مثل استعادة مستوى توازن سوائل واملاح الجسم، عدم الجفاف من خلال اعطائه سوائل عن طريق الوريد، فيتامينات، غذاء متوازن. كما ينبغي للهيئة التمريضية ان تكون على وعي باحتمالات معاناة هؤلاء المرضى لنوبات تشنجية.

وينبغي احاطة المريض علما ـ قبل خروجه من المستشفى ـ باحتمالات معاناته لحالة من الارق وسهولة الاستثارة لعدة اسابيع او اطول من ذلك. وينبغي ان يدرك انه لا يجب ان يعود مرة اخرى الى الاعتماد على المنومات لجلب النوم الى عينيه او خفض حالة القلق. كما يتطلب الامر الاستعانة باساليب العلاج النفسي كي يكتسب طرائق افضل للتوافق مع بيئته. كما يجب التوكيد على ضرورة الاتصال المستمر لفترة طويلة بالمعالج النفسي (Ewing, 1972.Pp.1005-1006).

PCP
Phencyclidine

قامت شركة بارك ديفيز بتخليق هذا العقار عام ١٩٥٦ بأمل استخدامه للتخدير في العمليات الجراحية. وبالرغم من ان هذا العقار فعال عند استخدامه بجرعات معينة، الا انه يحدث اضطرابا وسوء ادراك لما يحيط بالمرء عندما يستعيد وعيه. وعند تعاطيه بجرعات صغيرة، فانه يحدث حالة شبيهة بالمرض العقلي. وقد توقف الانتاج الشرعي لهذا العقار في عام ١٩٧٨

وقد بدأ في اساءة استخدام هذا العقار في لوس انجلوس عام ١٩٦٥ لاول مرة. وسرعان ما ظهر بعد ذلك في سان فرانسسكو تحت اسم Peace Pill حيث يباع باعتباره من عقاقير الهلوسة. ثم انتشر في ولايات اخرى في اواخر الستينيات واوائل السبعينيات. وما ان جاء عام ١٩٧٩ حتى كان سائدا في جميع الولايات الاميركية.

ويباع ال PCP تحت العديد من المسميات مثل: Angel dust, elephant tranquilizer, cadillac, cosmos, Detroit Pink, Peace Pill, Killer-weed, horse crystal, Zombie.

ويوجد ال PCP في صور عدة وبدرجات متفاوتة من النقاء وبالوان عدة. ويمكن الحصول عليه وقد نثر مسحوقه او سائله على البقدونس او النعناع.

وتغمس السجائر العادية في سائله، كما يدخن في غليون، وقد يتم تعاطيه عن طريق الحقن في الوريد، او ابتلاعه، او اخذه كقطرة في العينين، او شمه مثل الكوكايين.

تأثير ال PCP :

يتوقف تأثير هذا العقار على مقدار الجرعة التي يتم تعاطيها. وعادة ما يكون هذا التأثير في صور عدة مثل: حركة كرة العين السريعة Nystagmus اضطراب المشية Ataxia تيبس عضلي، زيادة في الحساسية بحيث انه عندما يلمس احد المتعاطي يصبح مضطربا عنيفا جدا، شعور باختلال الذات (الانا)، عدم قدرة على التركيز، خمول وشعور بالميل الى النعاس، هلاوس[١] هذاءات[٢].

وعند استخدام جرعات زائدة، لا تزيد في الواقع عن جرام واحد، يدخل المتعاطي في غيبوبة Coma عميقة مطولة، ويعاني من نوبات تشنجية، صعوبة

---

(١) الهلاوس Hallucinations هي «ادراك حسي خاطىء في غياب اي منبهات». بمعنى ان المرء قد يسمع اصواتاً لا وجود لها، وبالتالي قد يدخل في حوار مع هذه الاصوات. وهي قد تكون اصوات الشيطان او الاقارب او الاصدقاء. وقد تكون اصوات اثنين يتحدثان عن المريض بصيغة الغائب. وقد يرى المريض اشخاصاً لا وجود لهم، وقد يراهم في صورة مجسمة ذات ابعاد ثلاثة بالوان طبيعية، وقد يرى الاشخاص شفافين يكشفون عما وراءهم. وقد يشم المريض روائح غير موجودة وعادة ما تكون روائح كريهة، وقد يستشعر حشرات تزحف تحت الجلد فيعمل بأظافره لاخراج هذه الحشرات من تحت جلده.

(٢) الهذاءات Delusions هي «فكرة عقلية خاطئة ثابتة خاصة بالفرد نفسه». وهناك صور من الهذاءات هي: هذاءات العظمة، وهذاءات الاضطهاد، وهذاءات الشك والغيرة. وعادة ما تكون هذاءات العظمة مصحوبة بهذاءات الاضطهاد. فالمريض وهو يرى نفسه انساناً عظيماً، فلا بد وان يكون عرضة لاضطهاد الآخرين يحيكون له المؤامرات .. الخ.

في التنفس Apnea ، او فترات من توقف التنفس، ارتفاع في ضغط الدم. وقد تنتهي هذه الاعراض بالوفاة من جراء هبوط في القلب والدورة التنفسية، او من انفجار في الاوعية الدموية بالمخ.

وبالنسبة لمدة استمرار تأثير ال PCP فان ذلك يتوقف على اسلوب التعاطي ومستوى الجرعات. ويبدأ التأثير عادة بعد فترة من دقيقة واحدة الى خمس دقائق عقب تدخين سجائر معالجة بال PCP السائل. ويصل التأثير قمته خلال نصف ساعة ويستمر لمدة قد تصل الى يومين. ومن الممكن حدوث تأثير تجمعي له اذا ما استخدم بصورة متكررة.

وبالنسبة لبعض المتعاطين ممن يستخدمون هذا العقار عدة مرات في الاسبوع لمدة ستة شهور، فانهم يعانون من اضطراب في العمليات المعرفية، وخلل في الادراك، يستمر لعدة شهور قد تصل الى سنتين عقب التوقف عن التعاطي. وعادة ما يكون ذلك مصحوب بنوع من التغيير في الشخصية، واضطراب الذاكرة، وقلق حاد، واكتئاب، ودوافع عدوانية.

التحمل والاعتماد:

لازالت المعلومات المتاحة قليلة حتى الأن حول تأثير استخدام هذا العقار في المدى البعيد. كما لم يتم التعرف تماما بعد على مدى قابليته لاحداث الادمان، اذ ان من يستخدمون ال PCP يتعاطون عقاقير اخرى كذلك.

ومع ذلك، هناك شواهد تشير الى امكانية نمو تحمل لهذا العقار. الا انه لا يؤدي الى اعتماد بدني، ومن ثم فان المتعاطي لا يعاني من اعراض الانسحاب (التوقف الفجائي عن التعاطي). واما بالنسبة للاعتماد النفسي فان هذه المسألة لم يتم حسمها بعد.

هذا وينبغي الاشارة هنا الى ان ال PCP ليس من العقاقير المنشطة، ولا المهبطة، كما انه ليس من عقاقير الهلوسة. ويطلق عليه بعض الباحثين Inside-outer وهو لفظ يعكس بصورة او اخرى الطبيعة الغريبة لتأثيره.

شخصية المتعاطين:

ينتمي اولئك الذين يستخدمون ال PCP بشكل متكرر الى فئة صغار السن. وهم يستخدمون هذا العقار في الاغلب مع الكحول. كما يميلون الى تعاطي جرعات زائدة. ويبدو ان افراد هذه الفئة هم من الخارجين على المجتمع، مرضى في علاقاتهم بالمجتمع، بمقارنتهم بغيرهم من المدمنين على المواد الاخرى.

وتشير الشواهد الى تزايد استخدام ال PCP. ويبدو ان من اسباب ذلك هو رخص ثمنه، وامكانية الحصول عليه، وسهولة تخليقه، مما يجعله وسيلة سهلة للهرب من الواقع (Davison and Neale, 1986.P 284).

التسمم العقاقيري

Drug intoxication

يمكن القول بصفة عامة ان الاعراض المصاحبة لاساءة استخدام العقاقير المختلفة تتفاوت فيما بينها. ولا تتوقف الاستجابات المرضية على المادة المستخدمة المحدثة للحالة السمية فقط، وانما تتوقف ايضا على مقدارها ومدة استخدامها وغير ذلك من عوامل. ومن الامور الهامة في تقرير الصورة الاكلينيكية: نمط الشخصية، مستوى العمر، الخبرات الماضية بمواد اخرى.

وتتصف الاستجابات الذهانية الحادة الناتجة عن التسمم العقاقيري بتغيم الشعور وحالة من الخلط. ويرافق ذلك صعوبة في التركيز، وضعف في القدرة على الاحتفاظ بالانتباه، وضيق في مجال الانتباه. وقد تختفي بسرعة هذه الحالة من اضطراب الانتباه ويتزايد عدم ادراك الزمان والمكان والاشخاص، وتضطرب الذاكرة وبخاصة بالنسبة للاحداث القريبة.

ويعاني المريض من عدم الاستقرار. وقد يتحول الامر الى القيام بحركات هادفة مثل قيادة سيارة وهمية، او محاربة اعداء وهميين. ويكون المريض على درجة عالية من القابلية للايحاء. وقد يعاني من هلاوس تكون اساسا ذات طبيعة بصرية. هذا في حين ان الهلاوس السمعية اقل شيوعا، وقد تظهر بعد اختفاء حالة الخلط الشديدة. وقد يعاني المريض من هذاءات الا انها تكون ذات طبيعة عابرة وغير مصاغة صياغة جيدة.

وبصفة عامة، يمكن القول بأن المريض في هذا الطور الحاد من التسمم بالعقاقير يكون: غير مستقر، قابل للايحاء، يعاني من خلط وتغيم في الشعور، مع هلاوس بصرية واتجاهات هذائية. ويكون المزاج سهل التحول والتنقل من حال الى حال Labile، ويكون المريض سهل الاستثارة خائف ومكتئب. واحيانا ما تكون الاضطرابات العقلية قاصرة على وقت الليل مصحوبة باحلام مزعجة وكوابيس.

وهناك احتمال بحدوث الوفاة بشكل غير متوقع احيانا. وقد يكون ذلك راجع الى حالة حادة من الاضطراب وعدم الاستقرار. كما ان هناك ايضا احتمالات بوجود مخاطر الانتحار (Hoff, 1972.P.760).

الفصل الخامس

عقاقير الهلوسة

حامض الليسيرجيك ـ الزايلوسيبين

الميسكالين

عقاقير الهلوسة

Hallucinogens

يمكن تعريف عقاقير الهلوسة[1] بأنها مواد اذا تم تعاطيها بجرعات معينة - وليس بجرعات زائدة - فانها تخلق اضطراباً شديداً في الادراك الحسي، غالباً ما يكون مصحوب بانماط من الهلاوس. وعادة ما تمارس هذه المركبات تأثيراً كبيراً على الفكر والمزاج والسلوك. وتماثل هذه الصور المختلفة من التأثير الاضطرابات التي تحدث في حالات الذهان (المرض العقلي).

ولهذا فان بعض عقاقير الهلوسة يشار اليها بألفاظ مثل Psychotomimetic اي محاكي المرض العقلي. كما وضع لفظ Psychedelic من الكلمات اليونانية Psyche = نفس، Delic = يعمل على اظهار، اي العقاقير التي تعمل على اظهار ما في النفس. وهناك لفظ آخر يشير الى بعض من هذه العقاقير هو Psychotogenic.

وتتصف التغيرات النفسية التي تحدثها هذه المركبات في انها تكون اساساً في صورة تحلل تركيب الذات، واذابة حدود الذات، والمرور بخبرات من

---

(١) الهلاوس Hallucinations هي ادارك حسي خاطىء في غياب اية منبهات، ومنها الهلاوس البصرية والهلاوس السمعية والهلاوس الحسية والهلاوس الشمية وهلاوس المذاق. فقد يرى المرء اشخاصاً او صوراً او اشكالاً لا وجود حقيقي لهم، وقد يسمع اصواتاً تتحدث معه او اصواتاً للأشخاص يدخلون في حوار مع بعضهم البعض دون وجود فعلي لمثل هؤلاء الاشخاص، او يشعر بحشرات تزحف تحت الجلد او يشم روائح معينة لا وجود لها.

افكار ومشاعر ومدركات هي عادة خارج وعي الفرد عندما لا يكون واقعاً تحت تأثير هذه العقاقير. كما انه قد تحدث استجابات ذهانية (مرض عقلي) ثابتة، واستجابات من الهذيان المطول، عقب تعاطي مثل هذه المركبات.

وقد اهتم المشتغلون بالعلوم النفسية بهذه العقاقير لأسباب عدة منها انه كان هناك امل في ان تؤدي الدراسات التجريبية التي تعمل على احداث الذهان تجريبياً الى فهم افضل لما هو قائم في الممارسة الاكلينكية. كما ان بعض المعالجين النفسيين كانوا يرون ان هذه المركبات تعمل على تحرر العقل، وانها مفيدة في اتساع آفاق الادراك الحسي وذلك خلال العلاج النفسي لبعض المرضى. وفي هذا الصدد، فقد تعاطى بعض المعالجين النفسيين هذه العقاقير عن عمد لاحداث اعراض شبيهة بالذهان، كوسيلة لوضع انفسهم موضع مرضى العقل (Mandell and West, 1972. P.247).

وتوجد عقاقير الهلوسة في الطبيعة في صورة نباتية بالاضافة الى تحضيرها من المختبرات ومنها: بذور مجد الصباح Morning glory seeds، وجوزة الطيب Nutmeg، والداتورة Stramonium. كما يتم الحصول على الميكالين Mescaline من بعض انواع نبات الصبار، والزايلوسيبين Psilocybin من نبات عش الغراب Mushroom . هذا بالاضافة الى المركبات الكيميائية التي يتم تحضيرها في المختبرات مثل (Lysergic acid diethylamide (LSD)، Phencyclidine (PCP)).

حامض اليسيرجيك

Lysergic acid diethylamide

LSD

يستخرج هذا المركب من فطريات تصيب نبات الشوفان Rye plants. وقد قام بتحضيره كل من هوفمان Alfred Hoffman، ستول W. A. Stoll من شركة ساندوس لاول مرة عام ١٩٣٨. إلا انه لم يتم التعرف على خصائصه إلا عام ١٩٤٣ عندما ابتلع هوفمان ـ عرضاً ودون قصد ـ قدراً منه.

وقد كتب الكيميائي السويسري هوفمان ما حدث له من مشاعر حيث قال: «كان لا بد من التوقف عن العمل في المختبر يوم الجمعة الماضي. فقد سيطر عليَّ مشاعر من عدم القدرة على الاستقرار، ودوار خفيف. وعند وصولي المنزل، استلقيت وغرقت في حالة مبهجة من الهذيان، تميزت بتخييلات مثيرة جدا. وقد هاجمتني ـ وأنا في حالة نصف شعورية وعيناي مغلقتان ـ مشاعر وهمية ذات طبيعة واقعية متراقصة الألوان».

ولما كان قد قام احتمال لدى هوفمان بأنه قد ابتلغ عن غير قصد قدراً من العقار الذي تم تحضيره في ذلك اليوم، فقد اعاد التجربة مرة اخرى عن عمد، حيث تأكدت لديه ملاحظاته السابقة.

وعقار LSD شديد الفاعلية. وهو اقوى ثمانية آلاف مرة من الميسكالين. وقد أدت جرعة بلغت ٠,٣ من الجرام الى وفاة فيل يزن ٧٠٠٠ رطل بعد

دخوله في نوبات صرعية متصلة Status epilepticus. ويعتبر عقار LSD اقوى مادة هلاوسية معروفة. وهي فعالة عند مستويات منخفضة مثل ٠,٠٠٠٠٠١ جرام لكل كيلوجرام من وزن الرجل. اذا يحدث تأثيراً بجرعة قدرها ٢٠ ميكروجرام[1]. وكل ما يحتاجه المرء من هذا العقار كي يمر بخبرة هلاوسية هو جرعة تتراوح بين ١٠٠، ٢٠٠ ميكروجرام. ويوجد هذا العقار في الشارع في ثلاث صور هي: اقراص، مسحوق ناعم، سائل صاف لا لون له ولا رائحة (Fuqua, 1978).

وبالنسبة لفاعلية LSD فانه يحدث للمتعاطي تحمل Tolerance في اقل من سبعة أيام، ويزول التحمل بعد ثلاثة ايام من التوقف عن التعاطي. ويميل الاشخاص الذين يتعاطون هذا العقار سواء بمفردهم او في جلسات جماعية لان يكونوا مماثلين لأولئك الذين يتعاطون الماريجوانا. ويقرر البعض منهم بأنهم يستمتعون بخبرات حسية رائعة، وافكار ممتازة، واستبصار لم يكن لديهم من قبل، وسعادة وانسجام مع الكون.

ويعود البعض الى تعاطي LSD مرات عدة، حيث ينشدون الدخول في خبرات محببة لهم، بسبب تكوينهم النفسي. وهم يعتادون على تعاطيه، الا انه لا يحدث لهم اعتماد فسيولوجي. ولا يمر الغالبية العظمى منهم بخبرات ذهانية ذات طبيعة استمرارية. وهناك من الدلائل ما يشير الى ان الاعتياد على استخدام LSD يؤدي، لدى البعض على الاقل، الى خلل في التفكير وصعوبة في التواصل المنطقي (Ewing, 1972).

واذا ما طالت الاستجابات النفسية المرضية لهذا العقار، اي اذا ما استمرت اكثر من ٢٤ الى ٤٨ ساعة، فاننا في هذه الحالة نكون بصدد

---

(١) الميكروجرام = ١/ مليون من الجرام.

اضطراب عقلي استثاره او عمل على تضخيمه هذا الحامض. وينبغي على هذا علاج تلك الحالات اساساً بنفس الطرائق التي تستخدم في الممارسات الاكلينيكية المعتادة.

وتؤدي الجرعات الزائدة من هذا العقار الى حدوث هذيان، كما انه يؤدي في احيان نادرة الى حدوث نوبات صرعية. وتعتبر مركبات الفينوثيازين Phenothiazines ترياقاً فعالاً لتأثيرات هذا العقار وهي افضل من مشتقات الباربيتوريت.

ومما لا شك فيه ان نمط التأثير الذي يحدثه العقار ودرجة هذا التأثير ترتبط الى حد كبير بموقف التعاطي وتوقعات المتعاطي، كما يتباين تأثيره تبايناً كبيراً من شخص لآخر. فاذا كان المتعاطي يتوقع - مثلا - ان تأثير العقار سوف يكون مبهجا، فمن المحتمل ان يمر بخبرات سارة، واذا كان خائفاً من نتائج تعاطي العقار فقد يمر بخبرات سيئة.

ومع انه لا توجد استجابات محددة تحدث نتيجة لتعاطي LSD الا أنه يمكن القول بحدوث ما يلي: لا يمر المتعاطي بأية خبرة لمدة نصف الساعة الاولى التي تعقب التعاطي. وبعد حوالي خمس واربعين دقيقة يبدأ حدوث تغيرات بصرية، حيث تزداد حدة الألوان، وتبدأ الاشياء الثابتة في الحركة، وقد تتغير من حيث الحجم والشكل. فالأشياء الصغيرة تبدو كبيرة، والاشياء الكبيرة تبدو صغيرة. وقد يحدث مزج بين الاحساسات Synesthesia، حيث يتخيل المتعاطي انه يرى النغمات الموسيقية ويسمع الألوان.

وعندما يغلق المتعاطي عينية تتراءى له صورا غريبة من اشكال هندسية ومباني... الخ. وقد يرى عدداً غريباً معقدا من الاشياء والاصوات. وقد تتأثر حواس المتعاطي، اذ تزداد حدة السمع واللمس والشم.

ويبدو للمتعاطي انه يسهم في طقوس من زمن سابق، او احداث تاريخية وقعت قبل ميلاده. وقد يتوحد بحيوانات، او يستشعر انه يمر بمرحلة جنينية. وقد يعتقد انه يقابل الشياطين.

وقد يكشف كثير من المتعاطين عن درجة من حسن الحال، واحساس ذاتي بصفاء الذهن، وان كانوا ـ في الواقع ـ في حالة من الخلط واضطراب الادراك الحسي. ويبدو ان الزمن يمر ببطء، او يبدو كما لو كان الزمن قد توقف. وبعد زوال تأثير العقار، يكون هناك احساس بالميلاد مرة اخرى بعد المرور بخبرات هامة.

ومن ابرز المظاهر الخطرة في تعاطي LSD هو ما يسمى «بالرحلة المزعجة» Bad trip. اذ ان بعض الخبرات التي قد يمر بها المتعاطي عقب تعاطيه لهذا العقار تكون في صورة حالة من القلق الشديد مصحوبة بخبرات هلاوسية مخيفة، وحالة من الذعر والهلع. كما لو كان هناك من يطارده مثلا، او يطعنه بمدية، او انه سوف يصبح مجنوناً ... الخ، وقد يعتقد وهو واقع تحت تأثير هذا العقار ان لديه القدرة على الطيران ويلقى بنفسه من النافذة ويلقى حتفه.

وتزويل فاعلية LSD خلال فترة من ٦ الى ٨ ساعات، الا ان تأثيره قد يعود عقب اسابيع او شهور من التعاطي لآخر مرة. اذ ان احدى المشكلات الرئيسية في تعاطيLSD هي في احتمالات حدوث ظاهرة عودة التأثير Flashback. اي عودة اعراض تعاطي هذا العقار بعد زوال التأثير الفارماكولوجي له، وبعد مرور فترة من السواء النسبي. وتبلغ نسبة من يتعرضون لهذه الظاهرة من ١٥٪ إلى ٣٠٪ ممن يتعاطون هذا العقار. ولا يمكن التنبوء بهذه الظاهرة او السيطرة عليها (Davison and Neale, 1986).



نبات مجد الصباح

وعرف الهنود في المكسيك وجنوب وأواسط امريكا قدرة بذور نبات مجد الصباح Morning Glory على احداث حالة خفيفة من التأثير الهلاوسي. وتبلغ قوة تأثير هذه البذور حوالي ١٠/١ من فاعلية وتأثير حامض الليسيرجيك LSD. وهناك العديد من انواع نبات مجد الصباح تحدث بذورها تأثيراً هلاوسياً. ويتم تعاطي البذور عن طريق مضغها ثم ابتلاعها، وقد يتم نقعها ثم تناولها كشراب.

الزايلوسيبين

Psilocybin

هناك انواع من عش الغراب Mashroom تحتوي على كميات لا بأس بها من مادة الزايلوسيبين المحدثة للهلاوس. ومن هذه الانواع: ,Psilocybe Panaeolus, Copelandia. ولما كان عش الغراب هذا يتطلب كميات كبيرة من النيتروجين للنمو، فانه يوجد في مراعي الأبقار على روثها. وهناك اختبار للتعرف على هذا النوع من المشروم الذي يحتوي على المادة المحدثة للهلاوس، وذلك بخدش الجذع، بالأظافر حيث يخرج سائل ازرق داكن.

ويحتفظ عش الغراب عند تجفيفه بالخواص الهلاوسية للزايلوسيبين. ويتم التعاطي عن طريق غلي عش الغراب في الماء واستخدامه كشراب او حساء.

وقد قام هوفمان عام ١٩٥٨ بعزل الزايلوسيبين في صورة مسحوق بللوري من احد انواع المشروم التي اشرنا اليها وهو Psilocybe mexicana .

التأثير:

يتفاوت التأثير النفسي للزايلوسيبين وفقاً للجرعة التي يتم تعاطيها، كما يتباين هذا التأثير ـ بطبيعة الحال ـ من شخص لآخر. وتؤثر الجرعات الصغيرة نوعاً على الحالة المزاجية، حيث يمر الشخص بمشاعر من حسن الحال مصحوبة بدوار. وتؤدي الجرعات الكبيرة الى استجابة مماثلة لحالة

السكر بالمشروبات الكحولية. وتشمل هذه الاستجابات: اضطراب في التآزر العضلي، خفة انفعالية، وسهولة التقلب الانفعالي، اضطراب الكلام وفقدان الترابط فيه، اختلال الادراك الحسي الزماني والمكاني، هلاوس بصرية. ويبدأ تأثير الزايلوسيبين عادة خلال ٣٠ دقيقة من التعاطي. ويبدأ في الزوال بعد ساعتين الى اربع ساعات.



نبات المشروم (عش الغراب)

«هناك نوعان من محدثات الهلاوس هما الزايلوسيبين Psilocybin والزايلوسين Psilocin يماثل تركيبهما الكيميائي عقاقير الهلوسة اي يماثل حامض الليسيرجيك LSD. وهما يستخرجان من انواع من نبات عش الغراب (المشروم) وبخاصة المشروم الذي يدعى زايلوسيبي Psilocybe، ويعرفه المكسيكيون القدامى منذ حوالي ١٥٠٠ سنة قبل الميلاد باعتباره «لحم الآلهة»، واستخدموه في طقوسهم الدينية، ولا زال يستخدمه عدد من هنود المكسيك في الطقوس الدينية حتى وقتنا الحالي. ويتم تعاطي الزايلوسيبين والزايلوسين عن طريق الفم، وكذلك عن طريق تدخينه او شمه. وتأثيرهما مماثل لتأثير حامض الليسرجيك LSD الا انهما اقل حدة ويدوم هذا التأثير فترة قصيرة. وتنمو ظاهرة «التحمل» بالنسبة لهما، الا انه لا يحدث مع ذلك اعتماد بدني. ومن غير المعروف ما اذا كان هذان العقاران يحدثان اعتماداً نفسياً ام لا.»

البحوث حول الزايلوسيبين:

بدأ الباحثون في جامعة هارفارد عام ١٩٦٠ باجراء بحوث حول الزايلوسيبين على المسجونين داخل السجون. كما قام الباحثون ـ في نفس الوقت ـ باستخدام العقار هم انفسهم. وسرعان ما تجمع معهم مجموعة من المهتمين بتجريب عقاقير الهلوسة. وقد اجتذب هذا النشاط السلطات الحكومية عام ١٩٦٢، وانتهى الامر بترك الباحثين جامعة هارفارد هما: Timothy Leary and Richard Alport .

وقد أدت هذه الاحداث الى اعطاء دفعة قوية لاستخدام عقاقير الهلوسة. وكان من العوامل المساندة لذلك السهولة النسبية لتحضير حامض الليسيرجيك LSD والميسكالين والزايلوسيبين ورخص ثمنها.

كما ادى ذلك ايضاً إلى التحول من الاهتمام بالخبرات الذهانية التي تحدثها هذه العقاقير الى الاهتمام بتأثيرها في زيادة مدى الحياة العقلية. اذ يعتبر المتعاطون لهذه المواد ان المشاعر التي تحدثها هذه العقاقير وزيادة حدة الحواس هي مظاهر إيجابية محببة. ومن بين تلك التأثيرات: بطء ملموس في الزمن، شعور بأن البدن والاطراف قد افتقدوا حدودهم مع المكان، انفصال حالم عن الواقع، مشاعر بالانجذاب، صور مضيئة ملونة، تداخل الحواس مع بعضها اذ يمكن سماع الألوان ورؤية الاصوات (Davison and Neale, 1986. P.282).

أنواع اخرى من عش الغراب:

هناك انواع اخرى من عش الغراب هي: Amanita و Pantherina mascaria ذات تأثيرات مماثلة بصورة او باخرى لانواع عش الغراب السابقة. والمركب الفعال فيها من الوجهة النفسية هو Muscimol . وتبدأ الاعراض في الظهور بعد حوالي من ٢٠ إلى ٣٠ دقيقة من التعاطي، وتكون في صورة ميل الى النعاس، متبوع بمشاعر من حسن الحال، تزايد في النشاط البدني، خداع بصري[١] Illusion، واحياناً اضطراب من نوع الهوس الخفيف Hypomania. وقد تتناوب هذه الاعراض مع نوبات نوم مفاجئة (Lampe, 1978. P.111-112).

(١) الخداع البصري هو إساءة تفسير المدركات، كأن يدرك المرء الحبل باعتباره ثعبانا.

الميسكالين
Mescaline

الميسكالين هو المادة الفعالة في نبات ينمو في الشمال الشرقي للمكسيك. وفي مناطق من الجنوب الغربي للولايات المتحدة. وهو نوع من نبات الصبار اسمه Lophophora williamsii يعرف عادة باسم Peyote cactus. وكان اهل المكسيك يطلقون عليه لفظ «طعام الآلهة». كما سُمي ايضاً Mescalero Apache نسبة الى قبائل الاباش.

وهذا النبات مصدر طبيعي لاحد عقاقير الهلوسة اي الميسكالين وقد عرفت خصائصه منذ ازمنة الازتيك Aztecs. وكان الهنود يستخدمونه للمرور بحالة من الهلاوس خلال طقوسهم الدينية (Mandell and West, 1972. P.249).

ويتم التعاطي عن طريق استحلاب اجزاء من النبات، او غليه في الماء مثل الشاي. وقد تم تخليق الميسكالين تركيباً في المختبرات. وهو يوجد في صورة مسحوق بللوري ابيض.

التأثير:

بالرغم من ان تأثير الميسكالين اضعف من تأثير حامض الليسيرجيك LSD الا انه اذا تم تعاطيه بكمية مناسبة فانه سوف يحدث نفس التأثير الذي

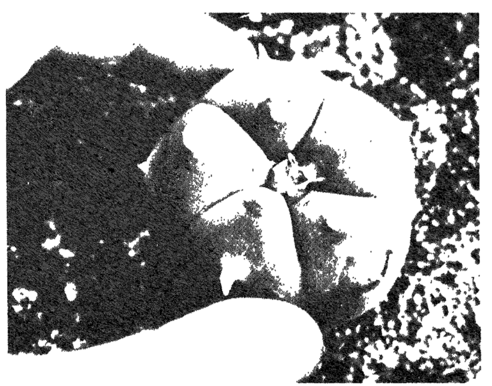
يحدثه LSD. وينبغي تعاطي الميسكالين في جرعات كبيرة للحصول على هذا التأثير. ويكون ذلك عادة في جرعة تبلغ من ٠,٥ إلى ٠,٦ جرام عن طريق الفم. وبطبيعة الحال فان تأثير هذا العقار يتباين من شخص لآخر.

ويعاني المتعاطي في غضون ساعة الى ثلاث ساعات عقب تناول العقار من اعراض عدة منها: تصاعد الدم الى الوجه، تقلصات معوية حادة، غيثان، قيء، ارتفاع في ضغط الدم، تمدد انسان العين، عرق غُزير. ويتبع هذه الاعراض مرحلة من نشاط هلاوسي - وبخاصة هلاوس بصرية ملونة - واضطراب الزمن واختلال انوي[1] كما يعاني المتعاطي تغير في الحالة المزاجية، وقد يمر بخبرات مخيفة.

---

(١) الاختلال الانوي Depersonalization وهي حالة يستشعر خلالها المرء بفقدانه واقع ذاته او بدنه. وهو يشعر بأنه غريب عن نفسه، حيث يتمثل ذلك في فقدانه لهويته او واقعه. وقد يدرك بأن بدنه قد انتابه تغيير او ان هذا البدن ينتمي الى شخص آخر. وقد يكون هناك شعور بحدوث تحولات في مادة جسده بحيث اصبح هذا الجسد يتكون من مادة اخرى غير تلك التي كانت قائمة من قبل، قد تكون اخف او اثقل كثيراً او ذات ملمس مغاير، غريبة غير منسجمة مع بعضها البعض. كما يكون هناك تغيير في الاحساس بالوقت والزمن.

وقد يكون من الصعب على المريض تحديد ماهية التغيرات التي يتعرض لها. فهو يستشعر بنوع من التغيير والتحورات والتحول الى شيء آخر، كما لو كان في طور الانسلاخ حيث يصبح شيئاً مختلفاً مبهما غير مرغوب فيه عادة.



نبات الصبار (بيوتي)

«ينمو في الصحراء خلال الجانب الشمالي الشرقي من المكسيك واجزاء من الجنوب الغربي للولايات المتحدة نوع من نبات الصبار هو Lophophora Williamsii واسمه الشائع هو «بيوتي» Peyote. ويطلق عليه المكسيكيون لفظ «فاكهة الآلهة». وهو مصدر طبيعي لمادة الميسكالين Mescaline التي تحدث تأثيراً هلاوسيا. وقد عرف الاستيك Aztecs هذه الخصائص. وقد بدأ الهنود الامريكان في استخدامه في طقوسهم الدينية، ولأغراض علاجية وذلك خلال اواخر القرن التاسع عشر. وهناك احتمال باستخدامه لعلاج الذبحة الصدرية، ومنشط لعملية التنفس، ومقوي للقلب، وقد دُرست احتمالات استخدام الميسكالين في علاج الادمان الكحولي، والعصاب النفسي، والاضطرابات العقلية، إلا ان نتائج هذه البحوث ليست حاسمة. ويباع الميسكالين في الشارع كمسحوق بلوري ابيض، او كأجزاء جافة من نبات الصبار (البيوتي). ومعظم الميسكالين الموجود حالياً في الشارع قد تم تخليقه في المختبرات».

التحمل والاعتماد والانسحاب:

يمكن ان يحدث نوع من التحمل لهذا العقار، اي يحتاج المرء الى زيادة الجرعة تدريجياً التي يتعاطها لكي يحصل على نفس التأثير السابق الذي كان يحصل عليه في اول الامر.

وهناك نوع من التحمل المتبادل Cross-Tolerance بين كل من الميسكالين وحامض الليسيرجيك LSD والزايلوسيبين Psilocybin، بمعنى أنه ما ان ينمو لدى المتعاطي تحمل لأحد هذه العقاقير حتى ينمو في نفس الوقت تحمل للعقارين الآخرين.

ولا ينمو اعتماد بدني على الميسكالين، ومن ثم لا تحدث اعراض الانسحاب عند التوقف الفجائي عن تعاطيه. ومن جهة اخرى فان درجة الاعتماد النفسي على هذا العقار ليست معروفة تماماً بعد (Fuqua, 1978, P.151).

الفصل السادس

مشتقات الكانابيس(1)

(الماريجوانا ـ الحشيش)

(1) هناك اتجاه للقول بأن مشتقات الكانابيس لا تنتمي تماماً إلى عقاقير الهلوسة.

الحشيش والماريجوانا

عرف الانسان نبات القنب Hemp المسمى Cannabis Sativa منذ آلاف السنين. وقد وصفه الصينيون القدامى والاغريق للاستخدامات الطبية. وأدخل الأسبان هذا النبات لاول مرة في شيلي عام ١٥٤٥، بينما ادخله البريطانيون في امريكا الشمالية خلال الاعوام من ١٦١١ الى ١٦٢٩. وقد زرع هذا النبات منذ ذلك الوقت حتى الاربعينيات في مناطق عديدة من الولايات المتحدة.

ويتم استخراج الحشيش بضغط المادة الراتنجية في نبات القنب. وهناك طرائق عدة لحصاد هذه المادة الراتنجية منها: ضرب النبات الجاف على الحوائط في غرفة مغلقة، ثم جمع المسحوق من على الحوائط والارض والسقف ومن اجسام العاملين. وعادة ما يكون لون الحشيش النقي بني قاتم، ويليه في النقاء الحشيش ذو اللون البني المائل الى الاخضرار، او المائل الى اللون الرمادي. ومن المستحضرات القوية لشجرة القنب زيت الحشيش حيث تتراوح المادة الفعالة فيه من ٢٢٪ الى ٧٠٪.

وهناك العديد من المواد الفعالة في شجرة القنب من أهمها: Cannabinol, Tetrahydrocannabinol (THC) وتعتبر مادة THC هي الأكثر فاعلية والمسؤولة عن التغيرات العقلية المصاحبة للتعاطي. وتتوقف كميتها على اماكن زراعة نبات القنب هذا، وكذلك على اجزاء النبات

المستخدمة، وكيفية اعدادها، وطريقة تخزينها. وتوجد اقل كمية من هذه المادة في الجذور، وفي اجزاء الجذع العليا، وفي البذور. هذا في حين تحتوي الاوراق على كمية اكبر، بينما تحتوي الأزهار والمادة الراتنجية على كمية اكثر بكثير. وتؤثر طريقة التعامل مع نبات القنب على درجة تركيز المادة الفعالة (THC)، حيث ان هذا المركب الكيميائي عرضة للتغير السريع، كما انه يتحلل بتعرضه للحرارة او البرودة الشديدة.

وهناك روايات بأن المادة الراتنجية لنبات القنب كانت تستخدم في الصين منذ حوالي ٢٧٠٠ قبل الميلاد كعلاج لداء النقرس Gout، والامساك، وكملطف للألم. كما ان هناك روايات غير موثوق فيها، بان احد قادة العرب كان يكافىء بعض القتلة المأجورين بهذه المادة، ومنها جاءت كلمة حشيش، وكلمة قاتل Assassin .



تعرف قدماء المصريين منذ آلاف السنين على التأثيرات النفسية والعلاجية لبعض انواع النباتات

وقد عرفت الخصائص الطبية للمادة الراتنجية لنبات القنب في القرن التاسع عشر، وكان يوصى بها لعلاج الروماتيزم والنقرس والاكتئاب. ففي عام ١٨٩٠ كتب روسل راينولدز J. Russell Raynolds طبيب الملكة فيكتوريا يصف هذه المادة بأنها واحدة من افضل العقاقير الطبية. كما وصفها وليام أوسلر William Osler استاذ الطب في بريطانيا والولايات المتحدة بجامعتي اكسفورد وجون هوبكنز، باعتبارها من اكثر العقاقير فاعلية في علاج الصداع النصفي.

وتصنع الماريجوانا من الجذوع الصغيرة والأوراق الجافة المسحوقة والقمم المزهرة لنبات القنب. ويتم تعاطي الماريجوانا بالتدخين في شكل سجائر او في غليون. كما يمكن تعاطيه عن طريق الفم حيث يضاف الى الحلوى وما اشبه، وقد تؤخذ عن طريق المضغ، ويصنّع مثل الشاي.

وكانت الماريجوانا مدرجة ضمن العاقير الطبية خلال الأعوام من ١٨٤٠ إلى ١٩٣٧. الا انه بتقدم العلوم الطبية تضاءلت اهمية الماريجوانا في الاستخدامات الطبية.

ولم تكن الماريجوانا شائعة الاستخدام في الولايات المتحدة حتى عام ١٩٢٠، ولكنه بُدأ في احضارها عبر المكسيك مع صدور قانون منع الكحوليات. ومنذ عام ١٩٧٤ اصبحت الماريجوانا ترد الى الولايات المتحدة من جاميكا والمكسيك وكولومبيا، وهي اقوى عشرة اضعاف من الماريجوانا التي كانت تباع من قبل. فمثلاً، كانت الماريجوانا في اوائل الستينيات تحتوي على ٠,٤٪ من المادة الفعّالة THC، ثم اصبحت تحتوي على ٤٪ من هذه المادة في عام ١٩٧٩، وتحتوي على ٦٪ منها في اوائل الثمانينيات.

والماريجوانا ذات لون مائل الى الاخضرار. وقد تحتوي على جزئيات من

جذوع شجرة القنب. وتنتمي الماريجوانا إلى مجموعة عقاقير الهلوسة Hallucinogens والتي منها الميسكالين Mescaline ، وحامض الليسيرجك Lysergic acid diethylamide (LSD) . والماريجوانا هي من عقاقير الهلوسة غير قوية التأثير.

ويتوقف تأثير الماريجوانا على توقعات المتعاطي. وينطبق هذا المبدأ ايضاً على العقاقير الأخرى، إلا أنه يبدو ان هذا المبدأ من الخصائص الاساسية للماريجوانا. اذ يقرر البعض - مثلا - أن تعاطي الماريجوانا ينشطه، بينما يقرر البعض الآخر بأنه يعمل على استرخائه (Gallatin, 1982).

وبالرغم من انه معروف جيداً منذ الازمنة القديمة أن الحشيش والماريجوانا يؤديان الى اضطراب الادراك الحسي، الا ان بعض الباحثين يقررون بأن هذه المجموعة لا تنتمي تماماً الى فئة عقاقير الهلوسة (Mandell and West, 1972).

ولقد اصبح تدخين الماريجوانا شائعاً في الولايات المتحدة بين العديد من الجماعات تتفاوت من مجرمين، الى موسيقيين محترفين، الى طلبة الجامعات، ويطلقون عليه اسماء مثل: Weed, pot, tea, Mary Jane. كما أن الغالبية العظمى من المدمنين لمواد مثل الهيروين، والكثيرين ممن يستخدمون عقاقير الهلوسة، قد بدؤا تعاطي الماريجوانا في اول الامر (Mandell and West, 1972).

وعادة ما يبدأ مدمني المخدرات بتدخين الماريجوانا كتمهيد او كفاتحة يتبعها الافيونيات (Ewing, 1972). وبالرغم من ان المراهقين ممن اصبحوا مدمنين على المخدرات قد بدؤا بالفعل استخدام الهيروين عندما كان عمرهم حوالي ١٦ سنة، إلا أن نسبة كبيرة منهم قد استخدموا الماريجوانا في البداية

قبل ان يصبحوا مدمنين على الهيروين. ويعتبر سن ١٥,٣ سنة هو سن بدء التعاطي في المجتمعات الغربية، حيث يُشار الى استخدام الماريجوانا باعتباره النشاط المميز للمراهقين (Freedman and Wilson, 1972).

وقد ظل رجال القانون لسنوات عديدة يعتبرون ان استخدام الماريجوانا مسؤول عن الكثير من صور النشاط الاجرامي، الا أن الدراسات لم تكشف عن اية علاقة ايجابية بين استخدام الماريجوانا وجرائم العنف.

ويشيع استخدام الماريجوانا في بعض المجتمعات الغربية بسبب تأثيرها المبهج. اذ يقرر من يتعاطى الحشيش والماريجوانا بأنه يستشعر مشاعر من حسن الحال والاسترخاء بدون ان يتبع ذلك متاعب الصداع وما اشبه Hangover التي تتبع تعاطي الكحول. وعادة ما يدرك المرء وهو تحت تأثير الحشيش والماريجوانا الفضاء بأنه اكثر سعة، وان الزمن ممتد، كما يمر بأحاسيس من الهدوء والاطمئنان وراحة البال ومشاعر من الصفاء. ويرى الكثيرون ان الحشيش والماريجوانا اداة سهلة للهرب من مشكلات الحياة اليومية في صحبة آخرين يتحدثون ويمرحون او يستمتعون بالموسيقى.

ويعتمد التأثير النفسي لتعاطي الحشيش والماريجوانا ـ في جزء منه ـ على فاعلية ومقدار الجرعة واسلوب التعاطي، مثلما هو الحال في سائر العقاقير الاخرى. وتؤدي الجرعات المعتدلة الى الشعور بحالة من الاسترخاء، وتزايد مشاعر حسن الحال، والاحساس بحالة من اللامبالاة، وبامتداد الزمان والمكان، والرغبة في الاجتماع بالآخرين.

وتعمل الجرعات الكبيرة على زيادة حدة هذه الاستجابات، مع حدوث مظاهر واعراض اخرى منها: تحول سريع في الحالة الانفعالية، تدهور الانتباه والذاكرة، تفكك الفكر كما تصبح الافكار هزيلة.



لوحة فارسية تعود إلى القرن الخامس عشر تمثل امرأة تدخن الحشيش، موجودة في المكتبة الوطنية للطب في الولايات المتحدة.

وتؤدي الجرعات المفرطة الى تخييلات، وهلاوس[1]، ومظاهر اخرى مماثلة لما يحدث في حالات تعاطي عقاقير الهلوسة مثل حامض الليسيرجك LSD.

وتشير الدراسات الى ان تعاطي مركبات شجرة القنب مثل الحشيش والماريجوانا تتدخل في الوظائف المعرفية، اذ تعاق الوظائف العقلية، وتتأثر الذاكرة قصيرة المدى، ولا يمكن استعادة الذاكرة بالنسبة للأحداث التي وقعت خلال تعاطي هذه المركبات.

وتتأثر المهارة الحركية النفسية، ومن ثم تتأثر القدرة على تشغيل الآلات، والمهارة اللازمة لقيادة السيارات، ويبدو ان ذلك يؤدي إلى عدد من الحوادث.

وبالنسبة لتأثير هذه العقاقير على الاناث فان ذلك يكون في صورة تعدد الفشل في حدوث عملية الاباضة او التبويض Ovulation . كما ان مكونات هذه المركبات تعبر المشيمة في حالة انثى الفئران، مما يقيم احتمالات التأثير على الأجنة.

---

(١) الهلاوس Hallucinations هي ادارك حسي خاطىء في غياب اية منبهات، ومنها الهلاوس البصرية كأن يرى الشخص اناساً لا وجود لهم، ومنها الهلاوس السمعية كأن يسمع الشخص اصوات لا وجود حقيقة لها.



● ورقة واحدة من ورقات شجرة القنب تتكون من ثلاث الى احدى عشرة وريقة وبعض الأحيان الى خمس عشرة وريقة.

● شجرة القنب «كانابس ساتيفا»

عرف عديد من الشعوب نبات القنب منذ آلاف السنين. وقد استخدمه كل من قدماء الصينيين والاغريق في علاج بعض الامراض. وهناك احتمال باستخدام مشتقات نبات القنب منذ حوالي ٢٧٠٠ سنة قبل الميلاد كعلاج للنقرس ومن يعانون من متاعب عقلية وكمخفف للألم. ويشير المؤرخ الاغريقي «هيرودوت» الى استخدامه من قبل بعض الشعوب كعلاج لبعض الامراض منذ خمسمائة سنة قبل الميلاد.

وقد قام الاسبان بادخال نبات القنب الى شيلي لأول مرة عام ١٥٤٥، في حين ان البريطانيين ادخلوه بعد ذلك الى امريكا الشمالية. ومنذ ذلك الوقت وحتى الاربعينيات استمرت زراعة هذا النبات على نطاق واسع في الولايات المتحدة.

وفي عام ١٨٩٠ كتب دكتور راينولدز J.Russell Reynolds طبيب الملكة فيكتوريا ان الماريجوانا هي واحد من افضل العقاقير الطبية. وفي عام ١٨٩٨ كتب سير اوسيلر Sir William Osler استاذ الطب في جامعتي اكسفورد وجون هوبكنز ان هذا العقار، ربما كان من افضل العقاقير لعلاج الصداع النصفي الا انه بتقدم العلوم الطبية اختفت القيمة العلاجية لمشتقات نبات القنب.

ولقد كان لنبات القنب اهمية كبيرة في عهد السفن الشراعية، حيث كانت الالياف القوية المستمدة من جزع النبات تنسج في صورة خيش تصنع منه شراع المراكب، كما كانت تصنع منه الحبال ايضا.

وفي التجارب على القردة التي تتعاطى جرعات من المادة الفعالة في الحشيش والماريجوانا THC مماثلة للجرعات الزائدة التي يتعاطاها الانسان، فان ذلك قد ادى الى اجهاض القردة الحوامل. كما وجد ان حليب بعض هذه القردة يحتوي على هذا المركب، الأمر الذي يعني مرور هذه المركبات الى الصغار.

وهناك من المؤشرات ما يوضح ان الاستخدام المطوّل للحشيش والماريجوانا يمكن ان يحدث ضرراً لتركيب الرئتين ووظائفهما. ومع ان المتعاطي للماريجوانا يدخن عدداً اقل من السجائر عن من يستخدم التبغ، الا ان متعاطي الماريجوانا يستنشق دخان الماريجوانا بدرجة اعمق ويحتفظ به في الرئة لمدة اطول من الزمن.

ومن هنا نجد ان تدخين الحشيش والماريجوانا يفوق في تأثيره على الرئتين ذلك التأثير الذي يحدثه تدخين السجائر العادية. هذا بالاضافة الى ان سجائر الماريجوانا لا تحتوي على فلتر مماثل لذلك الذي تحتويه السجائر العادية، بالرغم من ان دخان الماريجوانا يحتوي على نسبة اكبر من القار.

ويقوم التساؤل هنا عما اذا كانت مركبات شجرة القنب تؤدي الى الادمان. ومع ذلك، وعلى النقيض من الاعتقاد الشائع بأن الحشيش والماريجوانا لا يؤديان الى الادمان، إلا ان هناك من المؤشرات ما يعزز احتمالات حدوث الادمان على هذه المواد. فقد أوضحت بعض الملاحظات حدوث ظاهرة التحمل Tolerance بالفعل، الا انه لم يتضح بعد امكانية حدوث اعراض الانسحاب عند التوقف عن التعاطي.

ويؤدي تعاطي الكحول مع هذه المركبات الى اعاقة اكبر للادراك الحسي والعمليات المعرفية والنشاط النفسي الحركي، بمقارنة ذلك بتأثير هذه المركبات

بمفردها. كما يمكن ان تعمل هذه المركبات على زيادة تأثير بعض العقاقير الاخرى مثل مشتقات الباربيتوريت والأمفيتامينيات.

التأثير العلاجي للمادة الفعالة في الحشيش والماريجوانا

تبين في السبعينيات ان المادة الفعالة في الحشيش والماريجوانا THC يمكن ان تعمل على خفض ما يعانيه بعض مرضى السرطان من غثيان وفقدان للشهية المصاحب لبعض صور العلاج. ويبدو ان هذه المادة (THC) تعمل على خفض حالة الغثيان عندما تفشل العقاقير الاخرى المضادة للغثيان.

كما تبين ايضاً ان هذه المادة تعمل على خفض الضغط داخل العين بين الاسوياء. وقد ادى ذلك الى اجراء محاولات اكلينيكية حيث تبين انه عندما يقترن العلاج التقليدي بجرعات من THC فان ذلك يعمل على خفض الضغط داخل العين بين المصابين بالجلوكوما Glaucoma
.(Davison and Neale, 1986. Pp. 277-281)



الفصل السابع

المنشطات (المنبهات) Stimulants

الكوكايين ـ الأمفيتامينات

القات ـ النيكوتين ـ الكافيين

الكوكايين

الكوكايين

تاريخ نبات الكوكا

زُرع النبات الذي يستخرج منه الكوكايين في امريكا الجنوبية منذ آلاف السنين. والكوكايين هو منبه طبيعي قوي يستخرج من اوراق اشجار الكوكا هي Erythroxylon coca . وتنتمي الكوكا الى عائلة من النباتات هي Erythroxylacae من فصيلة Erythroxylum وتكتب احياناً Erythroxylon. واشجار الكوكا هي شجيرات مزدهرة ذات حجم متوسط تزرع اساساً في الوديان الدافئة على المنحدرات الشرقية لجبال الانديز على ارتفاع من ١٥٠٠ قدم الى ٦٠٠٠ قدم. وتمتد منطقة الزراعة من كولومبيا في الشمال الى مناطق من بوليفيا في الجنوب، وشرقاً في حوض الامازون. وتنمو بعض الكوكا على منحدرات الباسيفكي من جبال الانديز في بيرو. وكانت تنمو ـ في السابق ـ ايضاً لأغراض تجارية في جاميكا ومدغشقر والهند وسيريلانكا وجاوا. وتُسمى مزارع الكوكا في بيرو وبوليفيا Cocales حيث تغطي سفوح الجبال. وبعضها عبارة عن مزارع ضخمة، وبعضها الآخر مزارع صغيرة يملكها الهنود. ولم يختلف اسلوب الزراعة حالياً عنه منذ آلاف السنين.

ويتطلب المحصول الجيد من الكوكا درجة عالية من الرطوبة بصفة مستمرة. كما يتطلب درجة حرارة تبلغ حوالي ٦٥ فهرنهيت على مدى العام. ويقتل الصقيع النبات الذي ينمو في المرتفعات العالية. كما يعمل

ارتفاع درجة الحرارة في اراضي الامازون المنخفضة على خفض محتويات النبات من مادة الكوكايين وغيرها من المكونات.

وقد عُرف تأثير اوراق الكوكا في امريكا الجنوبية قبل وصول اول رجل ابيض بزمن طويل. وهناك اسطورة تشير الى ان مانكو كاباك Manco Capac ابن إلاه الشمس هو مصدر شجرة الكوكا اذ ارسلها كهدية «لكي تشبع الجائع، وتُقوي المنهك، وتجعل سيء الحظ ينسى مأساته» (Fuqua, 1978). ولقد قال احد حكام امبراطورية الأنكا المستعمرة - في القرن السادس عشر - أنه لو لم تكن هناك كوكا، لما كانت هناك بيرو، وذلك لما للكوكا من اهمية كبرى بالنسبة لهنود بيرو.

ويُعتقد ان لفظ كوكا Coca يعود الى هنود الايمارا Aymara indian. وهو لفظ يعني كلمة نبات او شجرة. ويستخدم هنود امريكا الجنوبية اوراق الكوكا كعلاج للجوع والبرد والضعف والتعب والشعور بسوء الحال ومتاعب وآلام المعدة والمغص والاضطرابات المعوية الحادة بما في ذلك الاسهال والغثيان، وكذلك في منح او زيادة القوة البدنية. وتستخدم اوراق الكوكا في صنع نوع من الشاي لعلاج الروماتزيم والربو. كما يستخدم شاي الكوكا للشفاء من الدوار والصداع والغثيان الذي ينتج عن الوجود في المرتفعات. وعلى هذا يمكن القول بأن اوراق الكوكا تستخدم عن طريق المضغ، أو تؤخذ في صورة مسحوق، او يعمل منها مشروب مثل الشاي.

ومع ان استخدام الكوكا قد تضاءل او اختفى من الكثير من المناطق التي كان منتشراً بها، فلا زال الكثير من القبائل في حوض الامازون وجبال كولومبيا يستخدمونه. وفي الواقع، فان مركز زراعة الكوكا منذ عهد الانكا هو الوديان الدافئة على المنحدرات الشرقية لجبال الانديز، ومركز مضغ اوراق الكوكا هو في مرتفعات بوليفيا وبيرو. ونجد غالبية افراد القبائل في المرتفعات الغربية من كولومبيا، بما فيهم من نساء واطفال، يمضغون اوراق الكوكا. وعندما يتعلم الطفل ذلك في حوالي سن الثامنة، فانه يمكن اعتباره قابلاً او

صالحاً لأن يعمل. وقد اعتاد الهنود الصلاة لماما كوكا قبل بدء رحلة ما. الا ان المعتقدات الدينية المرتبطة بالكوكا قد افتقدت كثيراً من انتشارها، وان لم تنته تماماً بعد. وفي الوقت الحالي، نجد ان هناك الكثيرين في بوليفيا وبيرو، وعدد اقل في كولومبيا، وعدد ضئيل في الارجنتين والبرازيل، يمضغون اوراق الكوكا يوميا. واستخدام الكوكا حالياً في امريكا الجنوبية هو رمز للانتماء الى الاصل الهندي ولعادات الهنود (Kirk and Miller, 1978).

ولقد كانت للكوكا مكانة مقدسة في ظل حكم الأنكا. وكان رجال الدين ينثرونها عند اجراء الطقوس الدينية لاسترضاء الآلهة. وكان يتم حشو فم الميت باوراق الكوكا، وتخزين كمية من هذه الاوراق في المقبرة لتسهيل رحلته الى العالم الآخر. وكان يتم وضع اوراق الكوكا في الأحجبة لتحقيق الثروة او النجاح في الحب. ولما كان هناك اعتقاد بأن كل نبات مفيد له روح مقدسة هي ام هذا النبات، فقد اطلق احد حكام الأنكا على زوجته لفظ «ماما كوكا».

وكان الأنكا يعتبرون نبات الكوكا بمثابة نبات مقدس، وكانوا يقدرونه تقديراً عظيما، بشكل كبير. وبسبب هذه المكانة العالية لنبات الكوكا فقد كان استخدامها من قبل عامة الناس مقيداً بشدة. ولم يكن من الميسور الحصول عليها بالنسبة للعامة قبل الغزو الاسباني. وكانت هناك قوانين صارمة تقصر استخدامها على الطبقة العليا من افراد المجتمع. وكان عظماء الأنكا يضعون غالباً زراعة نبات الكوكا تحت سيطرتهم. وكانوا يسمحون باستخدام الكوكا في الطقوس الدينية فقط وكهدية ملكية خاصة. وعلى هذا الاساس، وبالرغم من ان الجماهير كانوا يستخدمون الكوكا في طقوسهم وكدواء للعلاج من الامراض، الا انه لم يكن شائعاً في الاستخدام اليومي قبل الغزو الاسباني. ولقد تغير الدور الاجتماعي للكوكا بحدة بعد الغزو

الاسباني، واصبح استخدام الكوكا جزءاً من الروتين اليومي للطبقات الدنيا.

ولقد كان الاتجاه الاول للغزاة الفاتحين الاسبان نحو الكوكا هو اتجاه عدائي. الا ان الاسبان اخذوا ـ بمرور الوقت ـ في إباحة استخدامها في مناجم الذهب والفضة وفي المزارع. وقد ادى ذلك الى زيادة قبضتهم على الهنود والافادة منهم للعمل بأقصى درجة ممكنة وبأقل قدر من الغذاء. ووجدت الكنيسة انه من الممكن التسامح عن زراعة الكوكا، وان كانت تجرّم استخدامها لاغراض دينية. واصدر فرانسسكو دي توليدو Francisco de Toledo, قرارا عام ١٥٧٣ يزيل العقبات التي كانت قائمة أمام زراعة نبات الكوكا.

ويحتقر أهل بيرو من المستعمرين المحدثين هذه العادات ـ اي عادة مضغ اوراق الكوكا ـ ويعتبرونها مسؤولة عن تخلف من يمارسها. ويعزو البعض استخدام الكوكا الى ندرة الطعام ـ وان كان ذلك يؤدي بالتالي الى سوء التغذية. فالتعاطي لا يؤدي فقط الى مشاعر من حسن الحال لدى الشخص المتعاطي، وانما يفقده ايضاً الحاجة الى الطعام.

ويلقي مثل هذا التفسير قبولاً وتأييداً كبيراً في بيرو لأنه يخدم كبديل لارجاع تخلف الهنود الى ظلم واستبداد المستعمرين المحدثين من اهل بيرو، واضطهادهم سابقاً من قبل الغزاة الاسبان، وكذلك اضطهادهم قبل ذلك بواسطة الطبقة المختارة من حكام الأنكا (Kirk and Miller, 1978).

وهناك تساؤل يدور حول سبب انتشار الكوكا عقب الغزو الاسباني. ويبدو ان احد اسباب ذلك يعود الى انهيار القيود التي كان يفرضها الأنكا. ولأن الكوكا تفيد كبديل عن الطعام، حيث يشيع استخدامها حيثما تكون هناك ندرة في الغذاء.

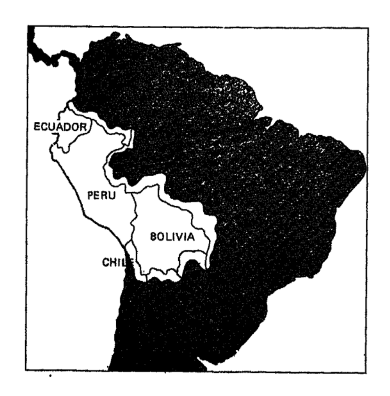
على ان تحرر جنوب امريكا من الاستعمار الاسباني لم يغير شيئاً من ظروف معيشة الهنود او من ممارستهم لمضغ الكوكا. فقد كان دخل حكومة بوليڤيا ـ مثلا ـ من تجارة الكوكا عام ١٨٥٠ يصل إلى ٨٪ من مجمل دخلها. واقترح أحد رجال الدين ويدعى انطونيو دي خوليان Antonio de Julian عام ١٧٨٧ ان يتم استخدام الكوكا كبديل للشاي. وامتدح الطبيب هيبوليتو يونانيو Hipolito Unanue تأثير الكوكا المنشط وقيمتها الغذائية.

وقد استمرت زراعة الكوكا بنفس المستوى في اوائل القرن العشرين، في حين تزايدت حدة النقاش حوله. وبدأ الاطباء في بيرو وبوليڤيا يعيدون النظر في مسألة مضغ الكوكا، وذلك في ضوء ما أحدثه تعاطي الكوكايين من نتائج في اوروبا والولايات المتحدة. وفي هذا الصدد، فقد تقدم دكتور كارلوس ركتس Carlos A. Ricketts عام ١٩٢٩ بخطة الى برلمان بيرو للتقليل من زراعة الكوكا.

وكانت قضية استخدام الكوكا واحتمالاتها الضارة وما ينبغي اتخاذه حيالها معقدة بسبب مصالح اقتصادية وسياسية. فقد طُرد ـ مثلا ـ دكتور كارلوس جيتريز نوريجا Carlos Gutierrez - Noriega من جامعة ليما عام ١٩٤٨ بسبب هجومه على المزارعين والتجار ممن يجمعون ثرواتهم من الهنود البؤساء. وجاء في تقرير لادارة جمع ضرائب الكوكا في بيرو عام ١٩٦٢ ان توقف عادة استخدام الكوكا سوف يؤدي الى تعطل ٢٠٠ ٠٠٠ شخص.

وقد قامت بعثة استقصاء من الأمم المتحدة عام ١٩٥٠ بزيارة كل من بيرو وبوليڤيا، وانتهت الى ان مضغ الكوكا يؤدي الى نتائج اقتصادية واجتماعية سيئة، واقترحت برنامجاً يستغرق خمسة عشر عاما يستهدف الخفض التدريجي لزراعة واستخدام الكوكا. وقد كفت حكومتا بوليفيا وبيرو

ـ منذ ذلك الوقت ـ عن المخالفة في الرأي، مجيزة مقترحات الامم المتحدة بدون ان تفعل الكثير لوضعها موضع التنفيذ.



مناطق نمو نبات الكوكا

المجتمع الغربي واوراق الكوكا

عرف الاوروبيون اوراق الكوكا بعد اكتشاف امريكا، الا انهم ظلوا لسنوات عديدة ليست لديهم خبرة فعلية بها. ويبدو ان سبب عدم الانتشار المباشر لهذه الاوراق في اوروبا يعود الى ان اوراق الكوكا لم يكن يتم حفظها جيداً عند نقلها في رحلة طويلة عبر المحيط، مما كان يجعلها عديمة التأثير، اي انها تفقد من جراء ذلك قدرتها على احداث التأثير المعتاد.

وهناك احتمال آخر ملخصه ان الاسبان كانوا مستغرقين في الاهتمام بالذهب والفضة في بيرو، ولم يفكروا جديا في امكانية ان تمثل اوراق الكوكا مصدرا لتجارة عالمية، بالرغم من اهميتها الاقتصادية داخلياً في مستعمراتهم. كما كان الكثيرون من المستعمرين يعتبرون ان مضغ الكوكا نوع من الرذائل مثلما هو الحال في الكثير من عادات المواطنين الاصليين.

ولقد بدأت اوروبا تعرف خصائص الكوكا في القرن التاسع عشر. فقد نشر ارنست فوْن ببرا Ernst von Bibra عام ١٨٥٥ كتاباً ذكر فيه سبعة عشر نوعا من العقاقير منها القهوة والشاي والحشيش والافيون والكوكا. وقام فردريك جوديك Friedrich Gaedcke في نفس السنة بتصنيع بلورات من تقطير عصارة الكوكا اطلق عليها Erythroxylin . وبعد عدة محاولات تالية لعدد من الكيميائيين قام باحث الماني هو البرت نيمان Albert Niemann بتحضير المادة الاساسية في اوراق الكوكا التي جلبت الى اوروبا من بيرو وذلك عام ١٨٥٩. ثم وضع ڤيلهلم لوسون Wilhelm Losson عام ١٨٦٢ المعادلة الكيميائية للكوكايين.

اسلوب تحضير الكوكايين

يحتوي الكوكايين الخام (الغشيم) او عجينة الكوكا على حوالي ٦٥٪ من مادة الكوكايين. ويتم تحضير الكوكايين باذابة اوراق الكوكا الجافة في حامض الكبريتيك، ثم تعالج بكربونات الصوديوم. وبعد ذلك تتم معالجة عجينة الكوكا بمحلول من حامض الهيدروكلوريك، وتتم له معالجة اخرى للحصول على مادة الكوكايين Cocaine hydrochloride الذي يباع في الاسواق للمتعاطين. الا ان الكوكايين الذي يستخدم لاغراض طبية ينبغي ان تتم له معالجة تالية.

وهناك اسلوب آخر لاستخراج الكوكايين من اوراق اشجار الكوكا. اذ يتم حصاد محصول اوراق الكوكا وهي في حجم الابهام كل ثلاث او اربع شهور، ثم تجفف وترسل الى المصانع البدائية المجاورة، حيث تغسل الاوراق في مزيج من الماء والكيروسين وكربونات الكالسيوم، الى ان يخرج معجون الكوكايين من المحلول. ثم يجفف المعجون في الشمس او على نار هادئة، ويتم تصديره بعد ذلك الى احد المصانع الاكثر تقنية وذلك لتنقية الكوكايين. وتوجد هذه المصانع في اكوادور وكولومبيا وشيلي والبرازيل والأرجنتين وباراجواي. وتصدر كميات كبيرة من جنوب بوليفيا الى شمال باراجواي وغرب البرازيل. وتُسمى هذه المنطقة بالمثلث الفضي Silver Triangle في مقابل المثلث الذهبي الذي ينتج الافيون في جنوب آسيا.

وتتلخص عملية تنقية الكوكايين في اذابة المعجون في حامض الهيدروكلوريك ثم يعالج المحلول الناتج ببرمنجات البوتاسيوم وكربونات الصوديوم، حيث يخرج الكوكايين من المحلول ويتم ترشيحه. وتبلغ درجة نقاوته بهذه الصورة من ٧٠٪ الى ٨٦٪. هذا ويمكن تنقيته بعد ذلك لتصل درجة نقائه الى ٩٠٪ (Fuqua, 1978. Pp. 109-11).

شيوع الكوكايين في المجتمع الغربي

تعود شهرة الكوكا والكوكايين الى العديد من العوامل والاحداث، بداية من الستينيات من القرن التاسع عشر. فقد قام كيميائي من كورسيكا يعيش في باريس يدعى انجيلو مارياني Angelo Mariani عام ١٨٦٣ بتحضير شراب من نبيذ وخلاصة اوراق الكوكا واطلق عليه نبيذ مارياني Vin Mariani والذي اصبح من اشهر المركبات الطبية في ذلك العصر. وقد استخدمه الجميع كعلاج للعديد من الامراض مثل الصداع والبدانة والاكتئاب وعسر الهضم وامراض القلب والتهاب المفاصل. وكان الدكتور شارل ڤوتيه Charles Vautel ـ على سبيل المثال ـ يصف في عام ١٨٦٥ مستحضرلات مارياني لعديد من الشكاوى.

وكان مارياني يبيع خلاصة الكوكا ليس فقط كنبيذ مارياني، وانما انتج ايضاً الكسير مارياني Elixir Mariani، وهو اقوى فاعلية من النبيذ ويحتوي على درجة تركيز عالية من الكحول، واقراص مارياني للزور Pâte Mariani ولوزنج مارياني (نوع من الحلوى) Pastilles Mariani تحتوي على كمية اقل من خلاصة الكوكا، والمارياني The Mariani وهي تحتوي على خلاصة اوراق الكوكا بدون نبيذ.

وقد شاعت مستحضرات مارياني بين العامة والاطباء. وقد كتب مارياني عدة مقالات حول الكوكا تتضمن معلومات تاريخية ونباتية وطبية.

كما جمع مارياني في كتاب شهادات وآراء مشاهير الناس ممن امتدحوا هذه المستحضرات. وكان من بين هؤلاء المشاهير والعظماء: توماس اديسون، والبابا ليو Leo الثالث عشر الذي منح مارياني مدالية ذهبية، واميل زولا، وهزيك إبسن. كما شاع استخدام مستحضرات مارياني بين المغنيين والموسيقيين والممثلين.

وكان الكوكايين - في تلك الحقبة من الزمن - منتشراً بين الكتاب والمفكرين لدرجة انه قيل ان نمط كتاباتهم الادبية قد تأثر بالكوكايين. ومن نماذج ذلك ما كتبه روبرت لويس ستيفنسن Robert Louis Stevenson عام ١٨٨٥ عن دكتور جيكل ومستر هايد. وهي قصة تدور حول تحول طبيب وعالم يتصف بخلق طيب، الى وحش باستخدامه لأحد العقاقير.

وبالإضافة الى مستحضرات ماریاني، كان هناك العديد من المنتجات منتشرة في الاسواق في أواخر القرن التاسع عشر. فقد كانت شركة بارك ديفز - مثلا - تبيع الكوكايين في صورة سجائر، وشراب كحولي Coca Cordial، وكمراهم، وحبوب، وحقن.

وقد قام مواطن من اتلانتا بولاية جورجيا يدعى جبرتون John Styth Pemberton بتصنيع شراب يحتوي على خلاصة الكوكا اطلق عليه كوكا كولا عام ١٨٨٦ واعلن عنه بوصفه مقوي عظيم للدماغ. واستمر ذلك الامر حتى عام ١٩٠٣ حيث اصبح ذلك المشروب خالياً من الكوكايين. ولما كان استخدام الكوكايين لم يعد امراً مقبولاً اليوم، فان شركة كوكا كولا لا تحب ان تتذكر تلك الايام الاولى من تاريخها.

وخلال اواخر القرن التاسع عشر كانت هناك استخدامات لاوراق الكوكا ذاتها، وللكوكايين النقي في المجالات الطبية وبغرض الترفيه. وفي عام ١٨٦٨ قام طبيب جراح في جيش بيرو يدعى توماس مورينو Tomas Moreno بتجربة الكوكايين، وذكر ان الكوكايين اعطاه افضل لحظات عمره.

وخلال اواخر عام ١٨٧٠ واوائل عام ١٨٨٠ تزايدة المقالات العلمية حول الكوكا والكوكايين. فقد نشرت - مثلا - مجلة Therapeutic

Gazette خلال الاعوام من ١٨٨٠ ـ ١٨٨٤ ستة عشر تقريراً حول العلاج من الادمان على الافيون بواسطة الكوكايين. كما اعلنت شركة بارك ديفز Parke Davis ـ التي تصنع الكوكايين في امريكا ـ في مجلتها الطبية عن الكوكايين كعلاج للادمان على المورفين والكحول وذلك عام ١٨٨٣.

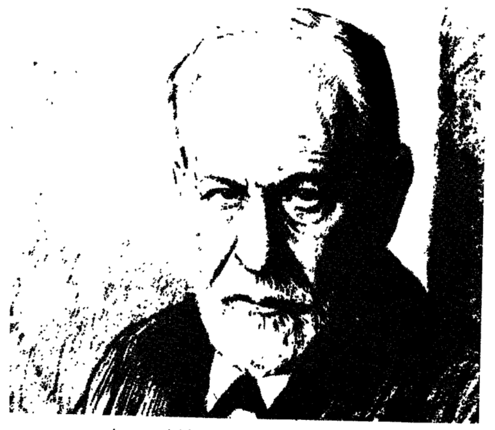
فرويد والكوكايين

وقد كان الاطباء من اوائل من تعرف على فاعلية الكوكايين. اذ كانوا من اوائل من حصلوا عليه. واستخدموه هم انفسهم، واساؤا استخدامه، مثلما سبق لهم اساءة استخدام المورفين.

ومن بين مَن اهتموا بتأثير الكوكايين فرويد نفسه. فقد نشر فرويد بحوثاً حول هذا الموضوع من بينها بحث بعنوان On Coca في يونيو ١٨٨٤. وقد أشار فرويد الى الكوكا ـ حيث لم يقم تمايزاً بين الكوكا والكوكايين ـ باعتباره نوعا من المنبهات مثل الكافيين وليس نوعا من المخدرات مثل الافيون والحشيش.

وقد تعاطى فرويد نفسه الكوكايين عن طريق الفم في جرعات من ٥٠ الى ١٠٠ ملليجرام ووصف تأثيره من مشاعر النشوة وحسن الحال، وتزايد في الحيوية، والقدرة على ضبط النفس. كما ذكر انه تحت تأثير الكوكايين تكون لديه القدرة، وليست الحاجة الى، النوم او الاكل. كما امتدح الكوكايين كعلاج للادمان على المورفين والكحول مستنداً في ذلك إلى ملاحظاته الذاتية والى ما ورد في التقارير الامريكية. وكان يعتقد ان الكوكايين مناهض لتأثير المورفين. وان العلاج بالكوكايين لا يؤدي بمدمن المورفين لانه يصبح مدمنا على الكوكايين. وفي هذا الصدد، فقد كتبت

شركة بارك ديفير في منشوراتها، انه اذا صدقت آراء فرويد فان الكوكايين سوف يكون بالفعل من اكثر المكتشفات العلاجية اهمية في ذلك العصر، وان فائدته للبشرية لا يمكن حصرها.



كان سيجموند فرويد واحدا من اوائل من سائد استخدامات الكوكايين ، إلى ان تعرف بعد ذلك على خصائصه الخطرة.

وقد كتب فرويد إلى خطيبته برنايز Martha Bernays في ٢١ ابريل ١٨٨٤ عن الكوكايين باعتباره الأمل في خفض حدة التعب ومواجهة اعراض الانسحاب من المورفين، واطلق عليه لفظ العقار السحري. وارسل قدراً منه الى خطيبته لجعلها اكثر قوة وكي يعطي وجنتيها لوناً احمر.

وقد استخدم فرويد الكوكايين في علاج صديق له يدعى فليشل Ernst von Fleischl - Marxow كان يتعاطى المورفين للتغلب على آلام (وهمية) يحدثها له ابهام مبتور. الا ان فليشل اخذ في زيادة الجرعات التي يتعاطاها من الكوكايين، الى ان اصبح يتعاطى جرام واحد عن طريق الحقن تحت الجلد. وقد ادى استخدام فليشل لتلك الجرعات الكبيرة من الكوكايين ولمدة تبلغ حوالي السنة الى معاناته من اعراض ذهان الكوكايين Cocaine psychosis. بعبارة اخرى، فان فليشل قد اصبح مدمناً على الكوكايين بدلاً من ادمانه على المورفين. واستشعر اعراضاً ذهانية مثل الهلاوس الحسية (اللمسية) Tactile Hallucinations في صورة حشرات تزحف تحت الجلد، كما كان يعاني من هذيان.

ولهذا فقد نشر فرويد آخر مقال له حول الكوكايين في يوليو ١٨٨٧ بعنوان Craving for and fear of cocaine. ويعترف فرويد في هذا المقال بأنه لا ينبغي استخدام الكوكايين لعلاج حالات الادمان على المورفين بسبب ما يمكن ان يحدث من اعتياد على الكوكايين. وان مثل هذا الاعتياد اخطر بكثير على الصحة من المورفين، حيث يؤدي الى تدهور بدني وعقلي سريع، واعراض من الجنون الهذائي Paranoia، وهلاوس. كما اوصى فرويد بعدم استخدام الكوكايين عن طريق الحقن تحت الجلد.

وبالنسبة لاستخدامات الكوكايين في مجالات الطب النفسي، فقد اشار فرويد الى ان الكوكايين قد استخدم في حالات الهستريا وتوهم المرض Hypochondriasis . واشار إلى محاولات استخدامه مع مرض الميلانكوليا (الاكتئاب)، حيث كانت النتائج تشير الى احتمالات حدوث تحسن ضئيل. كما ان فرويد كان قد اوصى ـ في السابق ـ باستخدام الكوكايين للتخفف من مجموعة من الاعراض المرضية تتضمن مشاعر التعب وسوء الحال، يطلق عليها النورستانيا.

وقد انتهى فرويد الى ان فوائد الكوكايين في مجالات الطب النفسي لم تثبت بعد، وان الأمر يتطلب بحوثاً اخرى متأنية. الا انه سرعان ما اتضحت مخاطر الكوكايين الامر الذي لم يشجع اجراء مثل تلك البحوث. وقد استقرت اليوم مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات Tricyclic antidepressants كعلاج للاكتئاب، ومن ثم فمن المتوقع الا تعود الى الظهور الاهتمامات بالعقاقير المنشطة مثل الامفيتامينات والكوكايين في مجال علاج حالات الاكتئاب. ومع ذلك، ينبغي الاشارة الى ان استخدام الكوكايين والمنشطات بصفة عامة في علاج الاكتئاب مخيب للآمال، اذ لا تؤدي المنشطات اي دور في التخلص من اعراض الاكتئاب (Smith 1978. P.128).

الكوكايين كمخدر موضعي

وقد اهتم طبيب عيون يدعى كارل كولير Carl Koller بالكوكايين، واستخدمه كمخدر موضعي في العمليات الجراحية للعين في عام ١٨٨٤. وقد كان لذلك قيمة كبيرة في جراحات العيون. اذ ان استخدام اساليب التخدير العام في طب العيون امر غير مقبول، لأن التعاون الشعوري من جانب المريض يكون ضرورياً في كثير من الاحيان. كما ان استخدام الايثير ـ الذي كان شائعاً في ذلك الوقت ـ يحدث عادة غثياناً وقيئاً وهو امر اذا حدث عقب اجراء العملية الجراحية يمكن ان يكون ضاراً للعين.

وقد ادى اكتشاف خاصية التخدير الموضعي للكوكايين الى زيادة الاهتمام به. فقد نشرت ـ مثلا ـ المجلة الطبية البريطانية British Medical Journal في ٦ ديسمبر ١٨٨٤ سبعة مقالات حول الكوكايين. وانتشر بسرعة استخدام الخاصية التخديرية للكوكايين في مجالات جراحية اخرى عديدة.

واصبح الكوكايين حتى نهاية القرن التاسع عشر هو المخدر الموضعي الوحيد، بالرغم من التعرف على قدرته السمّية. وظل الامر كذلك حتى عام ١٨٩٩ حينما قام اينهورن Einhorn بتخليق البروكايين Procaine كبديل للكوكايين لتفادي ما يحمله الكوكايين من تأثيرات خطيرة على الجهاز العصبي المركزي لا يمكن التنبوء بها.

الاستخدامات الطبية للكوكايين

ومن جهة اخرى، فقد تواردت تقارير حول حالات تسمم حاد Acute intoxication يحدثها استخدام الكوكايين وذلك منذ حوالي عام ١٨٨٥. ومع ذلك فقد كان الاطباء يتشككون في احتمالات قيام حالة مزمنة من اساءة استخدام الكوكايين. الا انهم سرعان ما تبينوا ان اساءة استخدام الكوكايين يؤدي الى الادمان والتأثير على البدن والنفس بأسرع من تأثير المورفين. وما ان جاء عام ١٨٩٠ حتى كانت التقارير الطبية قد تضمنت العديد من حالات الاضطرابات النفسية والجسمية التي احدثها الكوكايين.

وفي الواقع، كانت التقارير الاولى حول هذه الحالات انما تشير الى اولئك المدمنين على المورفين الذين يستخدمون الكوكايين بغرض الشفاء من الادمان على المورفين. ومن الوجهة العملية، كان الكوكايين يعمل على الشفاء المؤقت للأعراض الناجمة عن التوقف عن تعاطي المورفين.

كما كان هذا التأثير عابرا، يتضمن مخاطر الاعتياد على الكوكايين. وقد اتجه بعض المدمنين على المورفين الى اضافة الكوكايين للمورفين بدلا من احلاله محله. كما كانت هناك حالات عولجت من الادمان على المورفين باستخدام الكوكايين، الا انهم عادوا الى تعاطي المورفين مرة اخرى لمواجهة حالة الارق والخلط الذهني التي احدثها الكوكايين.

وفي هذا الصدد، ترى الهيئات الطبية ان مخاطر الاستخدام الطبي للكوكايين، ووجود بدائل اخرى له، تجعل اي قيمة او فائدة محتملة له غير ذات اهمية. الا ان استخدام الكوكايين لأغراض التخدير، والذي تسبب في ذيوع شهرة الكوكايين في الثمانينيات من القرن التاسع عشر، يظل الشيء الوحيد المعترف به طبياً اليوم وفي اطار حدود معينة.

والاستخدام الطبي الرئيسي اليوم للكوكايين هو منع الغثيان والالم عند استخدام الاجهزة لفحص الغشاء المخاطى للأجزاء العليا من مسارات الجهازين الهضمي والتنفسي. واحياناً ما يستخدم الكوكايين للعمل على انكماش الغشاء المخاطي للأنف. وهناك ايضاً استخدامات قليلة له في طب العيون. ويستخدم الكوكايين حديثاً في الولايات المتحدة لقتل الالم في حالات السرطان في طورها الاخير.

اقامة ضوابط لاستخدام الكوكايين

وبالرغم من ان البعض كان يتعاطى الكوكايين عن طريق الحقن، الا انهم اكتشفوا في اواخر عام ١٨٩٠ ان شم الكوكايين اسلوب اكثر سهولة. ولعل تلك السهولة قد ادت الى انتشار استخدامه بين كافة الطبقات سواء العليا او السفلى في اوروبا والولايات المتحدة. وكان ممن يتعاطونه البوهميين والمقامرين والبغايا والمجرمين.

وبدأت تظهر قضية الملونين ضمن الاتهامات التي وجهت للكوكايين اذ ارتبط الكوكايين بالسود، مثلما كان الافيون مرتبطاً بالصينيين. وفي الواقع، فقد جعل اصحاب الاعمال الكوكايين في متناول العمال السود. لفترة من الزمن، مثلما فعل الاسبان في بيرو عندما جعلوا الكوكا ميسورة للهنود.

فأصحاب المزارع في لويزيانا ـ مثلا ـ كانوا يزودون العمال الذين يعملون في تلك المزارع بالكوكايين. الا انه سرعان ما تبين للبيض ان اخطار هذا العقار اكثر من فوائده، حيث اخذوا يعتقدون بأن الكوكايين يزيد من ميل السود نحو العنف، وبخاصة العنف الجنسي الموجه نحو المرأة البيضاء. ومع ذلك، فمن المحتمل ان يكون السود قد استخدموا الكوكايين بدرجة اقل من البيض، نظراً لعدم توفر المال الكافي لديهم لذلك. وفي الواقع، فان ارتباط السود بتعاطي الكوكايين ليس له اساس في الاغلب، على خلاف ٠،، ارتباط الأفيون بالصينيين.

وقد اصدرت ولاية اوريجون في الولايات المتحدة ـ حيث كان شم الكوكايين شائعاً اكثر من اي مكان آخر ـ عام ١٨٨٧ اول قانون يفرض قيوداً على الكوكايين. وحتمت معظم الولايات الأمريكية ـ قبل الحرب العالمية الاولى ـ ضرورة صرف الكوكايين من خلال وصفة طبية، كما حتمت ضرورة الاحتفاظ بهذه الوصفات لمراجعتها. كما نظمت عدة ولايات امريكية خلال الاعوام من ١٩١٢ إلى ١٩١٤. برامج تثقيفية خاصة بالعقاقير في المدارس للتحذير من الكوكايين والافيونيات. وقد منع الكونجرس ـ تقريبا ـ استيراد الكوكايين واوراق الكوكا في عام ١٩٢٢، كما تم وضع الكوكايين ضمن فئة المخدرات لاول مرة. ووضعت قوانين تستهدف اقامة ضوابط لبيع الكوكايين على مدى الاعوام من ١٩١٤ إلى ١٩٤٦. ولقد فرضت الدول الاوروبية ـ اقتداء بالولايات المتخدة في جزء منه ـ العديد من القيود على الكوكايين وغيره من العقاقير.

وخلال الاعوام من ١٩٣٠ ـ ١٩٦٠ تضاءل استخدام الكوكايين، كما تضاءل الاهتمام الطبي به، وكذلك اهتمام الناس به. وفرضت قيود جديدة على صناعته واستيراده وتوزيعه. كما ظهرت بدائل لاستخدامها في اغراض

التخدير والاستخدامات الطبية. كما ظهرت الامفيتامينات في السوق عام ١٩٣٢ باعتبارها عقاقير منشطة أرخص ومن الميسور الحصول عليها. ومع ذلك، فقد عاد الاهتمام بالكوكايين مرة اخرى في حوالي عام ١٩٧٠ مماثل لذلك الاهتمام الذي قام في اواخر القرن الماضي عندما عرف المجتمع الغربي الكوكايين لأول مرة.



إحدى الحاويات الذهبية التي كان نبلاء الانكا يختزنون فيها اوراق الكوكا التي كانت تعتبر ثمينة بالنسبة لهم.

انماط تعاطي الكوكايين

.يمكن تعاطي الكوكايين عن طريق الشم، والتدخين في الغليون او مثل السجائر، وعن طريق الفم او الحقن في الوريد مثل الهيروين. ويعمد بعض المدمنين على الهيروين الى مزج العقاقير معاً في مركب يعرف باسم Speedball يؤخذ عن طريق الفم.

وفي السبعينيات من هذا القرن كان المتعاطون يتبعون اسلوبا مستخدماً في امريكا الجنوبية لزيادة تأثير العقار. اذ يعمدون الى تسخين الكوكايين مع الاثير، كي يفصلوا المكونات الفعالة للكوكايين، وبهذا الاسلوب يصبح الكوكايين اكثر فاعلية. ويطلق عليه عدة مسميات منها: White Tornado, Baseball, Snow toke. ويتم ـ عادة ـ تدخينه، حيث يتم امتصاصه بسرعة في الرئتين ومن ثم يصل في ثواني الى المخ (Davison and Neal, 1986. P.267).

ويفضل المدمنون على الكوكايين تعاطيه عن طريق الشم. وتبدأ العملية بسحق الكوكايين الى بودرة دقيقة بنصل موسى او بأداة مماثلة حتى تتفتت الدقائق الكبيرة من الكوكايين وتصبح اكثر نعومة، حيث يمكن ان تستقر بعض الدقائق كبيرة الحجم في مجرى الانف، وتسبب التهاباً شديداً للغشاء المخاطي للأنف (Fuqua, 1978, P.115). ثم يتم ترتيب الكوكايين في خطوط رفيعة يبلغ طولها من ٣ إلى ٥ سم. ويتم استنشاق كل خط بورقة نقدية ـ عادة ـ يتم لفها في شكل انبوب. ويمكن عمل من ٣٠ الى ٤٠ خط من جرام واحد من الكوكايين، بحيث ان كل خط يحتوي على ٢٥ الى ٣٠ ملليجرام.

ويستمر شعور المتعاطي بتأثير الكوكايين لمدة تستغرق من ٢٠ الى ٤٠

دقيقة، حيث يتضاءل مفعول الجرعة الواحدة بعد ذلك. وقد يستمر البعض في شم خطوط الكوكايين كل ١٠ ـ ٢٠ دقيقة. ويمكن ان يتجمع الكوكايين ـ في مثل هذه الاحوال ـ في الجسم، مؤدياً الى نوع من المضاعفات. الا ان الكثيرين لا يسلكون هذا السلوك من التعاطي نظراً لارتفاع ثمن الكوكايين. ومع ذلك، فهناك فئات معينة مثل تجار المخدرات والموسيقيين يتعاطون الكوكايين بهذا الشكل المفرط، نظراً لما لديهم من وفرة في المال، وامكانية الحصول على جرعات كبيرة من الكوكايين.

ويمكن استخدام الكوكايين عن طريق الحقن. الا ان هذا الاسلوب قاصر في الاغلب على المدمنين على الهيروين. وعندما يتم تعاطي الكوكايين عن طريق الوريد، يستشعر المتعاطي بدفعة حادة Rush لا يستشعرها المتعاطي عن طريق الفم او الشم. ويقرر المتعاطي انه عندما يتم حقن الكوكايين عن طريق الوريد فانه يستشعر دفعة من اللذة تصل الى رأسه، وبعد عشر دقائق يكون راغباً في حقنة اخرى» (Smith, 1978, P.116).

ونادراً ما يتم اليوم تعاطي الكوكايين عن طريق الفم او تناوله في صورة شراب، مثلما كان الحال ايام نبيذ مارياني. اذ يجد المتعاطون ان التأثير الخفيف الذي يحدث عند التعاطي عن طريق الفم لا يتناسب مع ارتفاع سعره.

وقد ابتكرت منذ عهد قريب ادوات تباع بأسعار مرتفعة في الاغلب بغرض استخدامها في عملية شم الكوكايين، مما يشير الى ان التعاطي اصبح نوعاً من الرفاهية.

وهناك مسميات مختلفة يطلقها المتعاطون للكوكايين ومن يتعاملون به

منـهـا: Coke, Dama Blanca, Snow, Flake, Blow, Leaf, Medicine, Candy, Happy dust, Freeze, Lady, Girl. (ويطلقون على الهيروين Boy).

غش الكوكايين

نظراً لارتفاع اسعار الكوكايين وصعوبة الحصول عليه، فانه عادة ما يتم اضافة مواد رخيصة الثمن له. وفي الواقع، فان هذا الغش هو امر شائع يتم قبل ان يباع في سوق التجزئة. ولا يعلم المتعاطون في الأغلب شيئاً عن حقيقة طبيعة المواد التي يتعاطونها.

ومن المواد التي شاع استخدامها في غش الكوكايين في العشرينيات من هذا القرن هي الاسبرين وحمض البوريك وبيكربونات الصوديوم. وقد تباع مواد باعتبارها كوكايين الا انها في حقيقة الامر قد تتكون من البروكايين والليدوكايين والكافيين والامفيتامين وغير ذلك، وقد لا تحتوي على اي كوكايين على الاطلاق. وهناك الكثير من المواد تباع على انها كوكايين، الا انها في الواقع نوع من الأمفيتامينات او مواد ذات تأثير من التخدير الموضعي مثل اكسلوكايين Xylocaine . كما يمكن خلط الكوكايين بالجلوكوز وبيكربونات الصوديوم. ونتيجة لكل هذا لا يعرف من يتعاطى الكوكايين ماذا يدخل جسده من مواد، ومقدار تلك المواد.

وعادة ما يتم خلط الكوكايين بالهيروين، نظراً لارتفاع اسعار الكوكايين بمقارنته بأسعار الهيروين. وقد اصبح استخدام هذا المزيج امراً شائعا. ويمكن ان يؤدي هذا الامر الى صعوبة في مواجهة تلك الحالات التي تتناول جرعات زائدة من هذا المزيج. فمثلا، يمكن علاج جرعة زائدة من الهيروين

من خلال استخدام النالوكسون، وهو احد مناهضات الافيون، الا انه عديم التأثير على الاعراض التي يحدثها الكوكايين.

وهناك عدة أساليب بسيطة لاختبار مدى نقاء الكوكايين. اذ يذوب الكوكايين النقي Cocaine hydrochloride فورا في الكحول الميثلي، هذا في حين ان اي مسحوق لا يذوب في الكحول من المحتمل ان يكون من السكريات. واذا ما تم حرق الكوكايين فوق شريحة من ورق الالومنيوم فان الكوكايين النقي يحدث بقعاً رمادية او حمراء ـ بنية. واذا ما كانت هناك بقايا سوداء فان ذلك يعني وجود سكريات. واذا صدر صوت مماثل لتفشير الاذرة فان هذا يعني وجود الامفيتامين. اما اذا كان الصوت في صورة ازيز او صفير فان ذلك يشير الى وجود البروكايين. ومن جهة اخرى، فان وجود السكريات يؤدي الى عدم صفاء المسحوق البللوري للكوكايين. كما تؤدي السكريات الى جعل طعمه اكثر حلاوة، بينما يؤدي الملح الى جعله اكثر مرارة. ويؤدي اضافة مواد التخدير الموضعية المُخلّقة الى الكوكايين الى خلق تأثير قوي من الشعور بالخدار او التنميل.

ميكانزمات عمل الكوكايين

هناك نوعان من ميكانزمات عمل الكوكايين. اذ يعتبر الكوكايين من مواد التخدير الموضعي، حيث يحدث حالة من التخدير عند موضع الاستعمال، اي عندما يوضع على الجلد او الاغشية المخاطية. كما انه يعتبر من المنشطات ويحدث حالة من حسن الحال اي التنشيط المبهج، وذلك عند تعاطيه عن طريق الفم او عند شمه او حقنه، حيث ينفذ الى الجهاز العصبي المركزي من خلال مجرى الدم ويحدث تأثيره.

والتخدير الموضعي - عندما يكون الكوكايين على درجة عالية من التركيز - هو نتاج لقدرة الكوكايين على ايقاف التوصيل الكهربي للومضات العصبية من خلية عصبية الى اخرى. هذا في حين ان التأثير التنبهي المنشط، عند جرعات اقل من السابقة بكثير، انما يعود الى التدخل في عملية الاتصال بين الخلايا العصبية[1] حيث يتدخل الكوكايين

(١) يحيط بالخلية العصبية غشاء خلوي. وهو غشاء شبه منفذ، لأنه يسمح بمرور مواد معينة ولا يسمح بمرور أخرى. فمثلا، لا يسمح هذا الغشاء بتبادل الايونات موجبة او سالبة الشحنة عبره عندما تكون الخلية العصبية في حالة سكون، الا ان هذا الغشاء الخلوي يسمح بتبادل تلك الايونات في حالة تنبيه ونشاط الخلية العصبية.

وفي حالة عدم عمل الخلية العصبية (اي عندما تكون في حالة سكون)، يكون داخل الخلية العصبية سالب الشحنة الكهربية وخارجها موجب الشحنة. ويمثل الغشاء الخلوي حاجز او فاصل بين الشحنتين، الامر الذي يؤدي الى قيام جهد كهربي. ويبلغ هذا الجهد الكهربي في الخلايا العصبية للثدييات ٧٠ مللي ڤولت.

وعند تنبيه الخلية العصبية تحدث عملية من تبادل الايونات ذات الشحنات الموجبة والسالبة =

في فاعلية الاشارات الكيمائية التي تنتقل خلال المشتبكات العصبية من خلية الى اخرى. اذ من المعروف انه عندما تنتقل التغيرات الكهربية من نقطة الى اخرى عبر غشاء الخلية العصبية حتى تصل الى نهاية الخلية العصبية، ننطلق مركبات كيمائية تنتشر عبر الفراغ القائم بين كل خلية عصبية واخرى الذي يسمى بالمشبك العصبي مما يؤدي الى استثارة الخلية العصبية المجاورة، حيث تبدأ التغيرات الكهربية في هذه الخلية العصبية المجاورة في الحدوث. وهناك عدد من ناقلات التنبيه العصبي تختلف باختلاف مناطق الجهاز العصبي.

ويؤثر الكوكايين اساسا على النورابنفرين Norepinephrine، وهو من ناقلات التنبيه العصبي التي توجد في كل من الجهاز العصبي المركزي Central nervous system والجهاز العصبي الطرفي[1] Peripheral Nervous systerm . وترتبط معظم الخلايا العصبية في الجهازين العصبي المركزي

= بحيث يصبح داخل الخلية موجب الشحنة وخارجها سالب الشحنة وذلك عند نقطة التنبيه، ثم تعود الشحنات الى حالها مرة اخرى. اي يصبح خارج الغشاء الخلوي موجب الشحنة الكهربية بمقارنته بداخله. وينتقل هذا التبادل بين الشحنات من نقطة الى اخرى على امتداد الخلية العصبية.

ولما كانت الخلايا العصبية ليست مرتبطة ببعضها البعض ارتباطاً فيزيقيا، فلا يمكن ان يتم الاتصال بين الخلايا العصبية من خلال الاتصال المباشر. لكن هذا الاتصال يتم من خلال ثغرة او فجوة صغيرة تفصل بين كل خلية عصبية واخرى تُسمى بالمشتبك العصبي او الشق المشتبكي Synaptic cleft تبلغ ٠,٠٢ من الميكرون.

وبسبب وجود هذا الفاصل بين كل خلية عصبية واخرى، لا يمكن للتنبيه العصبي ان ينتقل من خلية لأخرى خلال اسلوب تبادل الشحنات الكهربية. فلا بد اذن من وجود نظام آخر يتم بموجبه نقل التنبيه العصبي. ويتم ذلك من خلال مركبات كيميائية يطلق عليها ناقلات التنبيه العصبي Neurotransmitters. ومن هذه الناقلات السيروتونين والنورابنفرين والدوبامين.

(١) يتكون الجهاز العصبي الطرفي من قسمين اساسيين هما: الاعصاب الشوكية Spinal nerves والاعصاب الدماغية Cranial nerves.

والطرفي التي تستخدم النورابنفرين بالجهاز العصبي السمبتاوي[1] Sympathetic nervous system.

ومن المعروف ان بعضا من الخلايا العصبية للجهاز العصبي المركزي تستخدم اما النورابنفرين او الدوبامين Dopamine . وهذا الأخير هو من ناقلات التنبيه العصبي، وهو من السوابق على النورابنفرين. بمعنى ان الجسم يقوم بتخليق النورابنفرين من خلال تحويل كيميائي للدوبامين. وينتمي كل من هذين المركبين الى فئة من المركبات تسمى احماض الكاتيكول الامينية Catecholamines ويبدو ان الكوكايين يزيد من تأثير احماض الكاتيكول الامينية في الجهازين العصبي المركزي والطرفي. ولما كان الكوكايين يزيد من تأثير النورابنفرين، ومن ثم يعمل على تنشيط الجهاز العصبي السمبتاوي فانه يوصف بانه، .Sympathomimetic drug.

ويوجد النورابنفرين في الهيبوثلاموس Hypothalamus والذي يعمل ـ فيما يعمل ـ على تنظيم حالتي الجوع والشبع، وسوائل الجسم، ودر جة حرارة الجسم، والنوم، والتنبيه الجنسي. كما ان به مركزا للاحساس بالالم وآخر للذة. كما ان النورابنفرين هو من ناقلات التنبيه العصبي في جهاز التنشيط الشبكي Ascending reticular activating system الذي يعمل على تنظيم حالات اليقظة وبالتالي فان له دورا هاما في دافعية النوم. ويعمل النورابنفرين ايضا في المسارات العصبية الممتدة من الهيبوثلاموس وجهاز

(١) يستهدف الجهاز العصبي السمبتاوي ـ ضمن وظائفه ـ احداث تغيرات بدنية هي من خصائص الاستجابات التي تحدث في المواقف الانفعالية، وبخاصة حالتي الخوف والغضب. اذ يعمل هذا الجهاز على تعبئة طاقات الكائن للهرب او المقاتلة. وتعمل الالياف العصبية السمبثاوية ـ فيما تعمل ـ على زيادة سرعة ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، اتساع الشعب الهوائية، انقباض الاوعية الدموية في الجلد والاغشية المخاطية، كف نشاط العضلات الملساء في القناة الهضمية.

التنشيط الشبكي الى المخيخ، وكذلك الممتدة الى لحاء المخ Cortex. ومن المعروف أن المخيخ يسيطر على التآزر الحركي. ويتحكم لحاء المخ في العمليات العقلية العليا.

ومع ذلك، فان الميكانزم الذي يعمل من خلاله الكوكايين ليس معروفا تماما بعد، وان كانت هناك عدة فروض في هذا الشأن. ويتلخص احد هذه الفروض في ان العقاقير من المنشطات مثل الكوكايين والامفيتامينات والكافيين، تعمل على اعاقة تدمير او كف فاعلية ناقلات التنبيه العصبي بعد ان تقوم بأداء مهمتها عند المشتبك العصبي. وفي معظم الخلايا العصبية، بما في ذلك تلك التي تستخدم أحماض الكاتيكول الامينية، فان العملية الرئيسية لكف فاعلية ناقلات التنبيه العصبي هي في صورة اعادة استخدامه Reuptake حيث يتم الامتصاص الجزئي لناقل التنبيه العصبي بواسطة الخلية العصبية التي اطلقته، وحيث يتم تخزينه حتى لا يستلزم الامر اعادة تخليقه بنفس المعدل عند الحاجة اليه. وعلى هذا الاساس يمكن القول بأن الكوكايين يعمل على اعاقة عملية اعادة اخذ احماض الكاتيكول الامينية، مما يؤدي الى ترك فائض منه في المشتبك العصبي يعمل على تنبيه المستقبلات العصبية للخلايا العصبية المجاورة. وفي هذا الصدد، فان الامبرامين Imipramine وغيره من العقاقير المستخدمة في علاج حالات الاكتئاب تعمل من خلال هذا الاسلوب.

ومن ناحية اخرى، فان العقاقير المنشطة يمكن ان تعمل ايضا من خلال اطلاق ناقلات التنبيه العصبي من مستودعاتها في النهايات العصبية. ويبدو ان الامفيتامينات تعمل في الاغلب من خلال هذا الاسلوب، الا انه من غير المحتمل ان يمارس الكوكايين مثل هذا التأثير. ومع ذلك، فهناك اتجاه للقول

بان الكوكايين يمارس تأثيره من خلال زيادة حساسية المستقبلات العصبية التي ترتبط بأحماض الكاتيكول الامينية.

وبالنسبة لكيفية تحول الكوكايين في الجسم، وكيفية توقف فاعليته، والاسلوب الذي يتم من خلاله تخلص الجسم منه، فلا توجد حتى الان معلومات كافية حول هذا الموضوع، وقد اجريت على القردة تجارب حقنوا خلالها بالكوكايين، فتبين بعد نصف ساعة ان حوالي ٢٥٪ من الجرعة المعطاة توجد في المخ في صورة نوركوكايين Norcocaine وهو مركب يعمل على ايقاف اعادة اخذ Reuptake النورابنفرين. ويتم ايقاف فاعلية وتأثير الكوكايين من خلال تحطيمه بواسطة انزيمات معينة تحوله الى مركبين هما Ecgonine, Benzoylecgonine. كما يتم افر از بعض من الكوكايين كما هو في البول.

تأثير الكوكايين

التأثير الحاد

يُحدث شم الكوكايين احساسا باردا او نوعامن الخدر في الانف والحلق. ويعمل على تخدير براعم التذوق اذا ما اخذ عن طريق الفم. ويماثل التأثير الفسيولوجي للكوكايين ذلك التأثير الذي تحدثه الاستثارة السمبتاوية حيث يزيد من: معدل التمثيل الغذائي، ومستوى السكر في الدم، ودرجة التوتر العضلي Muscle Tone. كما يزيد من سرعة ضربات القلب، ومن معدل التنفس سرعة وعمقا. ويرفع درجة حرارة الجسم مؤديا احيانا الى العرق. ويعمل على اتساع حدقة العين Mydriasis، وانقباض الاوعية الدموية، وخفض مستوى نشاط المعدة والامعاء.

ويؤدي استخدام جرعات زائدة، وبخاصة عن طريق الحقن تحت الجلد أو في الوريد، الى صداع، شحوب الوجه، عرق بارد، نبض سريع ضعيف، تنفس سريع غير منتظم، دوار، غثيان، رجفات، نوبات تشنجية، فقدان للوعي، الوفاة.

ومن غير المعروف تماما بعد مستوى الجرعات القاتلة من الكوكايين. وهناك احتمال بانها تبلغ من ١٠ الى ١٢ ملليجرام لكل كيلوجرام من وزن الانسان تحقن تحت الجلد او في الوريد. على ان الوفيات الناجمة عن استخدام الكوكايين قد تكون اكثر مما هو معروف عنه، وخاصة في حالات تعاطيه عن طريق الحقن وليس عن طريق الشم.

وتُحدث الجرعات المعتدلة من الكوكايين مشاعر من حسن الحال تماثل تلك التي تحدثها الامفيتامينات. الا ان تلك المشاعر التي يحدثها الكوكايين تكون عابرة في حالة استخدام جرعة متوسطة تبلغ حوالي ٢٠ ملليجرام. ولا يستمر تأثيرها الا لمدة تبلغ من نصف ساعة الى ساعة واحدة. وعلى نقيض ذلك، يستمر تأثير الدكسترو امفيتامين Dextroamphetamine لعدة ساعات. هذا وينبغي القول بأن مشاعر حسن الحال والثقة في النفس تجعل المتعاطي يلصق خصائص بتأثير الكوكايين ليست واقعية في اغلب الامر، وحيث يغالي في تقدير تلك التأثيرات.

ولا ينبغي الخلط بين تأثير الكوكايين وما يمكن ان يحدثه تعاطي عقاقير اخرى من نتائج وآثار مثل: حالة الاسترخاء البدني والتخفف الانفعالي الذي يحدثه الكحول، واحساس الهدوء والسكينة والنعاس الذي تحدثه الافيونيات، وحالة الاضطراب البدني الحادة المطولة نسبيا التي تحدثها الامفيتامينات. اذ ان المشاعر التي يحدثها الكوكايين تتصف بتزايد الثقة في النفس وبمشاعر من التفوق وتمايز الذات، وكذلك بشعور بتزايد القدرات العقلية والبدنية. وهذه المظاهر قد تكون مصحوبة بمشاعر اخرى مثل المرح او الغضب او القلق.

وفي الواقع، فان ما يؤدي اليه تعاطي الكوكايين من زيادة الاحساس بالجرأة والثقة في النفس والتفوق ـ وهي جميعا خصائص تستلزمها انجازات معينة ـ قد ادت الى جعل الممثلين والموسيقيين يقبلون على تعاطيه للتقليل من رهبة المسرح. ولعل هذا التأثير كان احد الاغراءات التي جعلت مشاهير من نجوم هوليود ومن يغنون الروك يتعاطون مثل هذه العقاقير.

ويعمل الكوكايين على تحسن الانتباه وزمن الرجع[1] والسرعة في اداء عمليات عقلية بسيطة. ومع ذلك، فان الكوكايين - شأنه شأن الامفيتامينات - يمكن ان يزيد من سرعة الاداء على حساب الدقة.

وكان فرويد من اوائل من درس - من الوجهة الكمية - تأثير الكوكايين على القدرة البدنية. وقد استخدم جهاز لقياس قوة قبضة اليد هو الدينامومتر Dynamometer. وقام بتطبيق التجربة على نفسه. وقد ادى استخدام من ٥٠ الى ١٠٠ ملليجرام من الكوكايين - اخذت عن طريق الفم كما يبدو وان لم يذكر فرويد ذلك صراحة - الى زيادة ملحوظة فيما سجله الدينامومتر من قراءات بعد ١٥ دقيقة من تعاطي العقار.

هذا وتشير الملاحظات الفردية لمن يتعاطى كل من الكوكايين والامفيتامينات، الى ان الامفيتامينات ذات تأثير بدني اقوى. ونادرا ما يتعاطى احد الكوكايين اليوم كي يظل مستيقظا او كي يزيد من قدرته البدنية. اذ ان الامفيتامين اكثر فاعلية وارخص ثمنا، وذلك بطبيعة الحال على حساب ما يمكن ان تحدثه الامفيتامينات من ادمان.

وهناك تساؤل فيما اذا كان تحسن الاداء هو نتيجة مباشرة لتأثير الكوكايين او انه نتيجة غير مباشرة ناجمة عن تأثيره على الاهتمامات وزيادة الثقة في النفس. وفي هذا الصدد، يذكر فرويد ان تأثير الكوكايين هو في الغالب تأثير غير مباشر ناجم عن حسن مشاعر الحالة العامة.

وعلى اية حال، ينبغي الاشارة الى وجود فروق فردية في طبيعة ما ينتج

(١) زمن الرجع Reaction Time هو الفترة الزمنية التي تمضي بين بدء استقبال المنبه وبدء الاستجابة لذلك المنبه. وهي تبلغ عادة حوالي ٠,٢٥ من الثانية.

عن تعاطي الكوكايين من تأثير، شأنه في ذلك شأن الكحول والافيونيات. فالبعض مثلا قد يظل ساكنا في حين ان البعض الاخر قد يتحرك راقصا. وقد يكون البعض في حالة نشوة، بينما يكون البعض الأخر في حالة من العصبية.

ومن جهة اخرى، لا بد من التوكيد على ان المنشطات لا تعمل على توفير الطاقة، وانما هي تعيد فقط توزيع ما ينفق منها. ومن ثم فان الجسم لا بد له في نهاية الامر ان ينهار. اذ لا يمكن للجسد ان لا يستريح - باستخدام المنشطات او بدون استخدامها- دون ان يدفع ثمن ذلك في صورة اجهاد بدني. ولذا نجد ان التعب هو امر شائع عقب الاستخدام الزائد للكوكايين.

ويماثل التأثير النفسي الحاد للجرعات الزائدة من الكوكايين تأثير الجرعات الزائدة للامفيتامينات الى حد كبير. الا ان الكثير من المظاهر المصاحبة للاستخدام الزائد للكوكايين لا تكشف عن نفسها الا بعد الاستخدام المزمن. ومع ذلك، نجد احيانا تأثيرات حادة تنجم عن التعاطي عن طريق الحقن بصفة خاصة، وذلك قبل اي استخدام مزمن. فهناك مثلا السلوك النمطي الذي يحدث في كل من حالات تعاطي الكوكايين والامفيتامينات. ويمكن لهذا السلوك ان يتخذ صورا عدة مثل العلك (المضغ) أو صر الاسنان، او اهتمامات غير طبيعية بمهام مثل الخياطة او الكتابة على الألة الكاتبة، او الانغماس في نشاطات لا معنى لها بصورة تكرارية.

ولكي نلخص بعضا من التأثير الحاد لتعاطي الكوكايين، فانه يمكن القول بأن الذهان امر نادر بين من يتعاطون الكوكايين لاغراض ترفيهية، وذلك بالنسبة - على الاقل - لمن يتعاطونه عن طريق الشم. على ان من اكثر المشكلات شيوعا هو: الارق، سهولة الاستثارة، القلق. ومن جهة اخرى، فان

الوفاة الناتجة عن تعاطي جرعات زائدة امر نادر وان كا يمكن ان تحدث فعلا. على ان الامر يختلف في حالة تعاطي عقاقير اخرى مع الكوكايين. ومن غير النادر حدوث تسمم حاد في حالة التعاطي عن طريق الفم.

التأثير المزمن

يمكن تصنيف التأثير المزمن للكوكايين الى صورتين. احداهما التأثير الناتج عن تعاطي جرعات معتدلة، والأخرى التأثير الذي يحدث بسبب تعاطي جرعات كبيرة.

وبالنسبة للتأثير المزمن في حالة الاستمرار في تعاطي جرعات معتدلة من الكوكايين، فيمكن القول بوجود نمط من التعاطي قد نطلق عليه«الشم الاجتماعي» Social snorting مثل تناول الكحول الاجتماعي Social drinking. وتتلخص نتائج الشم الاجتماعي في: الاستهلاك المالي، سهولة الاستثارة والعصبية، عدم القدرة على الاستقرار، خلط ذهني، ارهاق بدني، فقد للوزن، متاعب مختلفة للغشاء المخاطي والغضروف الانفي.

وفي الواقع، فان التهاب الانف وبخاصة الغشاء المخاطي Rhinitis يعتبر من اكثر المشكلات الفسيولوجية شيوعا بين من يتعاطون الكوكايين بصورة مستمرة ممن لا يستعملون جرعات زائدة. ويعتقد بعض من يتعاطون الكوكايين ان الذي يُحدث مثل هذا الاذى او الضرر هو السكر والمواد الاخرى التي يتم غش الكوكايين بها، وكذلك بقايا حامض الهيدروكلوريك الذي يبقى بسبب عدم الغسيل الكافي للكوكايين في المراحل النهائية لانتاجه. هذا في حين ان هناك اعتقاد بأن سبب ذلك هو التأثير الألي لعملية الشم المستمرة من خلال غشاء مخاطي تحت التخدير. ولكن يبدو ان

هذا الضرر او الاذى هم نتيجة لانقباض الاوعية الدموية في الانف كاستجابة شبيهة بالسمبتاوية تمارسها دقيقات الكوكايين التي تكمن في الانف. وقد ينتج عن هذه الحالة تنكرز الانسجة الانفية بسبب القصور في توارد الدم الى تلك الانسجة. وقد يحدث في الحالات المتطرفة ثقب في الحاجز الانفي. كما يمكن حدوث عدوى بكتيرية. ومن اكثر الاعراض شيوعا المصاحبة لهذه الحالات: سيلان المخاط، التهاب وتورم الانف بشكل يمكن ان يكون مؤلم، مع تكرار حدوث نزيف. ولتلافي بعض تلك المضاعفات، نجد بعض من يتعاطون الكوكايين اليوم يحملون معهم وعاء يرشون من خلاله مادة مضادة للاحتقان مثل Phenylephrine او يغسلون المجرى الانفي بماء دافىء عقب الشم.

وبالنسبة لتأثير الاستخدام المزمن للكوكايين بجرعات كبيرة، فاننا نذكر من هذه الاعراض: سهولة الاستثارة، القلق، التأرجح المزاجي، الحساسية الفائقة للاصوات، اضطراب الذاكرة، تنقل الفكر[1] Flight of ideas سرعة النبض، الضعف الجنسي، ارق. كما يمكن ان تحدث احيانا اعراض من «ذهان الكوكايين» بسبب التعاطي المزمن تتلخص في: هلاوس[2] سمعية وبصرية، هذاءات[3] الاضطهاد والعظمة والشك والغيرة، ميول نحو استخدام

(١) تنقل الفكر هو من اعراض الامراض العقلية، وفيه ما ان يبدأ المريض في فكرة حتى ينتقل الى فكرة اخرى، دون ان يستكمل الفكرة الاولى، ثم ينتقل الى فكرة ثالثة دون استكمال الفكرة الثانية وهكذا دون وجود ارتباطات بين الافكار المختلفة.

(٢) الهلاوس Hallucinations هي ادارك حسي خاطىء في غياب اية منبهات، بمعنى ان المريض يدرك اشياء لا وجود لها في عالم الواقع. وهناك صور عدة من الهلاوس فقد تكون في صورة بصرية او سمعية او حسية او شمية.

(٣) الهذاءات Delusions ومفردها هذاء. وهي فكرة عقلية خاطئة ثابتة خاصة بالفرد ذاته ولا يمكن زحزحته عنها. وهناك هذاءات الشك والغيرة، وهذاءات العظمة، وهذاءات الاضطهاد، وعادة ما تكون هذاءات العظمة مصحوبة بهذاءات الاضطهاد.

العنف. وقد تؤدي الاحباطات البسيطة - في مثل تلك الحالات - الى محاولات النتحارية.

وعادة ما يعاني اولئك الذين يتعاطون الكوكايين عن طريق الشم من هلاوس سمعية وبصرية فقط، هذا في حين ان الذين يتعاطون الكوكايين عن طريق الحقن، فانهم غالبا ما يعانون من هلاوس لمسية (حسية)، وبخاصة الاحساس بوجود حشرات صغيرة تزحف تحت الجلد.

وتكون الهذاءات التي قد يعاني منها متعاطي الكوكايين مماثلة لهذاءات مريض البارانويا[١]، ولا تماثل هذاءات مريض الفصام (الشيزوفرينيا). ويبدو ان هذاءات العظمة تكون مرتبطة بطبيعة مهنة الفرد المتعاطي للكوكايين[٢]. فمثلا، يعتقد الطبيب انه وجد علاجا لمرض مستعصي، ويعتقد المهندس بأنه قد اخترع آلة معينة وهكذا... ويبدو ان ذلك راجع الى تأثير الكوكايين من حيث المبالغة في الثقة بالنفس والاحساس بالتفوق.

وهناك عنصر شائع فيما يعانيه المدمن من اضطراب، يتمثل في صورة الحاجة الى تنظيم الاشياء، متخذا ذلك اشكالا عدة مثل القيام بعملية عد الاشياء بشكل لا معنى له، تجنب شقوق في الارض. ويبدو ان الحاجة الى وضع كل شيء في صورة منظمة قد تكون مرتبطة بالانشطة النمطية

(١) لفظ بارانويا Paranoia من اقدم الألفاظ في المجال الطبي، يعود الى الفي سنة على الاقل. وكان اليونانيون يشيرون الى هذا اللفظ باعتباره مرادفاً للفظ الجنون Insanity . وتصنف الجمعة الامريكية للطب النفسي كلا من البارانويا وحالات البارانويا باعتبارها ذهان بدون مرض معروف في المخ. وتعرّفها باعتبارها حالات تكشف عن هذاءات ثابتة. وعادة ما تكون هذه الهذاءات ذات طبيعة اضطهادية او هذاءات العظمة.

(٢) تختلف هذاءات البارانويا عن هذاءات الفصام من وجهة ان هذاءات البارانويا تكون محبوكة ومصاغة صياغة جيدة ويمكن تصديقها، في حين ان هذاءات الفصام تكون مفككة وغير مصاغة صياغة جيدة، سخيفة لا يمكن تصديقها.

المتكررة وبهذاءات البارانويا، والتي تجسم القلق الذي تحدثه الجرعات الزائدة من الكوكايين. ويلاحظ هنا انتقال المتعاطي من الكتابة التي لا معنى لها والعد والصر على الاسنان، الى حالة واضحة من الجنون الهذائي «البارانويا».

ومع ذلك، فمن المشكوك فيه ما اذا كان يمكن للكوكايين ان يحدث حالة من ذهان[1] مزمن، أي ذهان يستمر فترة طويلة عقب الانسحاب من العقار. ويبدو انه لا توجد حالات يمكن ان تسمى «ذهان كوكايين مزمن». وان تلك الحالات التي تلونها اعراض سببها الكوكايين، انما هي في الواقع فصام ذاتي[2] (داخلي) Endogenous schizophrénia. كما ان هناك اتجاه للقول بان اي اعراض من هذاءات البارانويا تستمر بضعة اشهر عقب الانسحاب من الكوكايين هي في اغلب الامر حالة فصام. وبصفة عامة، هناك تماثل - تقريبا - بين اعراض الذهان المؤقت الناجم عن اساءة استخدام كل من الكوكايين والامفيتامينات.

ومن جهة اخرى، يمكن القول بوجود نوع من التماثل او العلاقة الواضحة بين الاعراض التي يمكن ان تحدثها العقاقير المنشطة وبين حالات الهوس الخفيف Hypomania والفصام من نمط البارانويا Paranoid schizophrenia. والفصام الكتاتوني (التخشبي) Catatonic schizophrenia. فكل خصائص مريض الهوس الخفيف تنطبق على الشخص الذي تعاطى جرعة كبيرة من الكوكايين والامفيتامينات. ونجد في كثير من حالات التسمم بالكوكايين ميلا للانتقال من مشاعر حسن الحال والثقة المبالغة بالنفس الى هذاءات الاضطهاد.

---

(١) لفظ ذهان مصطلح يشير الى المرض العقلي.

(٢) الفصام الذاتي (الداخلي) هو احدى صور الفصام التي تحدث عادة بدون عامل مثير للمرض Precipitating Factor نتيجة لعوامل من تغيرات بيوكيميائية داخلية.

وفي هذا الصدد، يمكن التعرف على ثلاث مراحل من تسمم الكوكايين المزمن هي اولا: استثارة نفسية حركية، تزايد في حدة الحواس والانتباه، مشاعر من حسن الحال ...ثانيا: هذاءات، هلاوس، قلق، اضطراب الانتباه، نشاط نفسي حركي قهري... ثالثا: مشاعر من البؤس، بطء عمليات التفكير، كف جزئي للنشاط النفسي الحركي. وتماثل هذه المراحل ـ بشكل أو آخر ـ التصنيف على التوالي الى: الهوس الخفيف، والفصام من نمط البارانويا، والفصام من النمط التخشبي (الكتاتوني).

ولكي نلخص بعضا من تأثير التعاطي المزمن للكوكايين، فانه يمكن القول بانه بالنسبة للتأثير النفسي فانه يقل اليوم شيوع التدهور العام والذلة والمهانة مع فترات ذهانية، بمقارنة ذلك بما كان يحدث في اوائل العشرينيات من هذا القرن. وبالنسبة للتأثير البدني، فان التهاب الغشاء المخاطي للانف Rhinitis هو من اكثر الاعراض شيوعا، وكذلك فقدان الوزن وتناقصه.

الكوكايين والافيونيات

يستخدم الكثيرون ممن يتعاطون الكوكايين عن طريق «الحقن» الافيونيات ايضا. وهؤلاء هم الذين يضطرون الى اللجوء في نهاية الامر الى الاطباء. بينما نجد ان غالبية من «يشمون» الكوكايين قد يستخدمون الافيونيات قليلا او لا يستخدمونها على الاطلاق.

ومن المعروف ان الافيونيات تخلق حاجة فسيولوجية مستمرة تدعو الى عدم التوقف عن التعاطي، وبالتالي يمكن ان تظهر اعراض الانسحاب عند الامتناع الفجائي عن استخدامها. هذا في حين انه لا تحدث اعراض فسيولوجية حادة عند الانسحاب من تعاطي الكوكايين، ويمكن استخدامه بصورة متقطعة، بالرغم من ان الرغبة الملحة لتعاطي الكوكايين يمكن ان تكون قوية.

وعلى هذا الاساس، يبدو ان المشكلة الحقيقية هي في تعاطي مزيج من الافيونيات والكوكايين. على ان القول بأن الكوكايين ضار نسبيا ما لم يقترن بالافيونيات، هو قول لا معنى له. بل يبدو ان الكثير من المشكلات التي تعزى للهيروين هي نتاج لتأثير الكوكايين. ومن الواضح ان الافيونيات والكوكايين يكملون بعضهم بعضا بدلا من ان يلغي احدهما فاعلية او تأثير الأخر. كما يعمل الكوكايين على زيادة تأثير الجرعات القاتلة للهيروين.

وغالبا ما يكون على المتعاطين للكوكايين ان يتجهوا الى بعض العقاقير المسكنة والتي منها المورفين والهيروين. اذ لا يعمل مزيد من الكوكايين على

التخفف من اعراض الاكتئاب والعصبية التي يخلقها تعاطي الكوكايين، وانما يعمل المورفين على تحقيق ذلك للمدمن.

ومن جهة اخرى، يؤدي استخدام مدمن المورفين للكوكايين الى تزايد لاستخدامه للمورفين. بعبارة اخرى، فان مدمن المورفين الذي يسعى للشفاء من ذلك الادمان من خلال استخدام الكوكايين فانه غالبا ما يعود مرة اخرى الى المورفين للتخلص من التعود على الكوكايين.

ويمزج احيانا بعض المتعاطين عقار الميتاامفيتامين Methamphetamine - او غير ذلك من امفيتامينات - كبديل عن الكوكايين في الحقن التي تمزج بالافيونيات، وهو امر اكثر خطورة.

ويستخدم المدمنون على الكوكايين مركبات الباربيتوريت احيانا لتهدئتهم. ومع ان مركبات الباربيتوريت تناهض التأثير السُمي للكوكايين، الا انها في ذاتها مركبات خطيرة وتؤدي بدورها الى الادمان.

الكوكايين والعنف والجريمة

للكوكايين بالتأكيد قدرته او امكانياته لان يؤدي الى الجريمة والعنف بسبب ما يمكن ان يحدثه من تأثير نفسي وفسيولوجي. ويمكن تفسير ذلك بأنه في حالة تعاطي جرعات زائدة من الكوكايين، تزداد ثقة المرء في نفسه، وتتضاءل عوامل الكف لديه Inhibitions التي تعمل في الظروف العادية على السيطرة وضبط صور السلوك المختلفة، كما تنخفض قدرة المرء على اصدار الحكم الصحيح. كما يكون فائق النشاط متصفا بخصائص من البارانويا.

وبالرغم من ان هذه الخصائص والاعراض تنطبق على المتعاطين للمنشطات مثل الكوكايين والامفيتامينات، فانها يمكن ان تكون ايضا احدى نتائج تعاطي الكحول والباربيتوريت. كما يمكن ان تتضح خلال المراحل الاولى من ظهور زملة الانسحاب Withdrawal syndrome عند التوقف عن تعاطي الافيونيات.

ويبدو ان شهرة الكوكايين في احداثه للجريمة والعنف كانت من العوامل الهامة في تحريمه. على ان هذه العلاقة او ذلك الارتباط لم يدرس تماما بعد، في حين ان تأثير الامفيتامينات بالنسبة لقضيتي العنف والجريمة قد درست بصورة اعمق. ولما كانت تأثيرات كل من الكوكايين والامفيتامينات متماثلة بصورة او اخرى من الوجهتين النفسية والفسيولوجية، فاننا نستطيع التعرف على التأثير المحتمل للكوكايين من واقع دراستنا للامفيتامينات.

وفي الواقع، يرتبط تعاطي الامفيتامينات ارتباطا وثيقا بالسلوك العدواني. فما يمكن ان تحدثه الامفيتامينات من تنبيه نفسي حركي، وخفة انفعالية (سهولة التقلب الانفعالي) Emotional lability، وافكار هذائية، قد تؤدي بالفعل الى سلوك عدواني بشكل مباشر، عن ان يكون العدوان هو مجرد نتاج لخفض عوامل الضبط والسيطرة على الدوافع، مثلما يؤدي اليه تعاطي الكحول والباربيتوريت.

اذ ان سهولة الاستثارة، والتغير المزاجي المفاجيء من حال الى حال، يمكن ان يؤدي الى عدوان تلقائي ليس هناك ما يبرره او ما يدفع اليه. وميل متعاطي الامفيتامينات للاستجابة بحدة للمثيرات، وميله لان يعزو كل شيء في البيئة الى نفسه ـ بشكل مماثل لاتجاهات من البارانويا، والحاجة الى القيام بسلوك ما بسبب التنبيه النفسي الحركي الزائد، تشكل الصيغة النهائية لسلوك متعاطي الامفيتامينات.

ومن المعروف ان المنشطات للجهاز العصبي المركزي مثل الكوكايين تجعل من الممكن للانسان ان ينفذ اي سلوك يتطلب قدرا كبيرا من الثقة في النفس قبل أي شيء آخر، سواء أكان ذلك في شكل خطاب عام او عرض مسرحي او سلوك عدواني او غير ذلك من صور سلوكية.

ولما كان الكوكايين يعمل على تقوية الارادة، فانه يدفع المرء الى محاولة اداء افعال هي فوق حدود قدراته. ويمكن ان تؤدي الثقة الزائدة في النفس، والتمركز حول الذات، الى حالة من سهولة التقلب الانفعالي اللامنطقي، وافكار ذات طابع من البارانويا.

وتعزى خطورة هذه الحالة الى عدم امكانية التنبوء بها. على ان شخصية المتعاطي والظروف المحيطة به، تؤدي دورا هاما في احداث الفروق الفردية

في هذا الشأن. بمعنى ان الكوكايين يمكن ان يزيد من حدة اتجاهات من البارانويا قائمة فعلا، او اتجاهات من العنف هي بعض من سمات شخصية المتعاطي. او يمكن ان تكون الجريمة والعنف هما استجابة لظروف بيئة محيطة بالمتعاطي.

ادمان الكوكايين

تعريف

تقرر منظمة الصحة العالمية بأن «الاعتماد العقاقيري من نمط الكوكايين» يمكن تعريفه بأنه« حالة تنتج عن التعاطي المتكرر للكوكايين، أو أي مادة ذات خصائص مماثلة للكوكايين، بصفة مستمرة أو متقطعة، وتتضمن تلك الحالة المظاهر التالية:

١ـ رغبة او حاجة جامحة لتعاطي العقار والحصول عليه بأية وسيلة.

٢ـ غياب ظاهرة التحمل Tolerance لتأثيرات العقار خلال الاستخدام المتواصل.

٣ـ يعود الاعتماد النفسي على العقار للتقدير الذاتي للفرد لهذه التأثيرات.

٤ـ غياب ظاهرة الاعتماد البدني، ومن ثم عدم ظهور زملة الامتناع Abstinence syndrome عند التوقف الفجائي عن التعاطي. الا ان الانسحاب من تعاطي العقار يصاحبه اضطراب نفسي تكشف عنه الرغبة الملحة في تعاطي العقار.

الكوكايين وظاهرة التحمل

من المتفق عليه بصفة عامة انه لا توجد هناك حاجة دائمة لزيادة جرعة

الكوكايين. اذ لا يعاني متعاطي الكوكايين من ظاهرة التحمل. كما انه لا يصبح حساسا له، بمعنى انه لا يستلزم ان يتعاطى جرعة اقل للحصول على نفس المفعول. وان الجرعة الزائدة من الكوكايين لها نفس التأثير بالنسبة للمعتاد على تعاطي الكوكايين.

وهناك رأي آخر يقرر بان المتعاطين للكوكايين يستمرون في العمل على تزايد الجرعة التي يتعاطونها. وان لم يتم بعد حسم هذا الموضوع. كما ان هناك اتجاه للقول بأن المتعاطين للكوكايين يستمرون في زيادة الجرعة حتى يصلوا الى مستوى معين من الجرعات يثبتون عليه.

وهناك شواهد على ان التعاطي المستمر لجرعات زائدة من الكوكايين بدون فترات من التوقف عن التعاطي، يحدث بالفعل حالة من زيادة الحساسية لتأثيرات الكوكايين السُمية. ويبدو ان ذلك يعود الى تأثيرات فسيولوجية معينة. فقد وجد ـ مثلاـ ان الجرعات من الكوكايين التي لم تكن ضارة في بداية الامر، يمكن ان تكون قاتلة لكلاب التجريب بعد سنة أو اكثر من التعاطي المستمر. كما يبدو ان الكوكايين يمكن ان يصبح قاتلا عقب التعاطي المزمن له، لانه يدمر الكبد.

زملة الانسحاب Withdrawal syndrome

لا يحدث الكوكايين زملة الانسحاب عند التوقف الفجائي عن التعاطي. ومع ذلك، فانه يمكن حدوث نفس المشاعر المزعجة المصاحبة لحالات استخدام النيكوتين والكافيين والامفيتامينات.

والاثار المزعجة للتوقف عن تعاطي الكوكايين مثل الخمول والاعياء والاكتئاب، يمكن اعتبارها من اعراض الانسحاب بمعنى محدود جدا.

وعادة ما يتوقف المدمن على المنشطات عن استخدام العقار عندما يستشعر انهِ لم يعد قادرا على تحمل ما يحدثه من تأثير. ويبدأ في تناوله مرة اخرى عندما يرى نفسه قادر على تحمله. هذا في حين ان مدمن الافيونيات قد يتوقف عن التعاطي ليس بسبب انه لم يعد يستطيع تحمل التأثير، ولكن على العكس من ذلك، بسبب ان ظاهرة التحمل لديه قد تزايدت بدرجة تجعل من غير الممكن الاستمرار في تحمل تلك التكلفة الباهظة للجرعات المتزايدة. الا انه قد يضطر لان يعود مرة اخرى الى التعاطي بسبب شدة اعراض الانسحاب وعدم قدرته على تحمل التوقف عن التعاطي.

الأمفيتامينات

الأمفيتامينات

Amphetamines

كان الصيدلي الصيني الأصل، الأميركي الجنسية، شين Chen يبحث عن علاج للربو. وخلال دراسته للوصفات الصينية القديمة تعرف على نوع من العشب ينتمي الى فصيلة Ephedra . واستطاع ان يعزل منه مادة شبه قلوية. وفي الواقع، فقد ثبت ان الافدرين Ephedrine مفيد جداً في حالات الربو. وأمكن بعد ذلك تخليق هذه المادة بدلاً من الاعتماد في استخدامها على العشب. وقد نتج عن عملية التخليق هذه ظهور الامفيتامينات.

وتعتبر الامفيتامينات من منشطات (منبهات) الجهاز العصبي المركزي. وينتمي الى هذه المجموعة Dextroamphetamine، Methamphetamine، بالاضافة الى الامفيتامين ذاته. ومن اسمائها التجارية: Benzedrine, Dexedrine, Methedrine, (Davison and Neal, 1986. P.267).

وهذه المجموعة من العقاقير اكثر حداثة من الأفيونيات والكوكايين. ومع انه قد تم تخليق الامفيتامين عام ١٨٨٧، الا ان اول بحوث اجريت حول قيمته العلاجية بدأت عام ١٩٢٧.

وقد قامت احدى شركات الادوية في الثلاثينيات بادخال البنزدرين (وهو

الاسم التجاري الذي وضع للأمفيتامين) الى السوق ليستخدمه المرضى ممن يعانون من الربو عن طريق الاستنشاق لما له من قدرة على العمل على تمدد (انبساط) الشعب الهوائية. كما استخدم ايضاً للتخفف من حدة الزكام.

وقد تبين - في الثلاثينيات ايضا - ان للأمفيتامينات تأثير منشط، وانه مفيد في علاج حالات النوم المفاجئة Narcolepsy . ثم أمكن التعرف بعد ذلك على وظيفته في خفض الشهية للطعام، وانه يؤدي بالتالي الى انقاص الوزن، ومن ثم بدأ في استخدامه لعلاج حالات البدانة.

وقد استخدم بعض الاطباء الامفيتامينات - باعتبارها من المنشطات في علاج حالات الاكتئاب الخفيفة. ومع ذلك فقد تبين ان الامفيتامينات اقل فاعلية من الكبسولات المملوءة بالنشاء او السكر في علاج مرض الاكتئاب بالعيادات الخارجية في بريطانيا (Cole and Davis, 1972, P.1272).

وتستخدم الأمفيتامينات حالياً كأسلوب علاجي يستهدف السيطرة على السلوك الحركي الزائد Hyper Kinetic behaviour بين الاطفال الذين يعانون من اعراض من بينها الحركة الزائدة وعدم القدرة على الاستقرار، وما يصاحب ذلك من عدم القدرة على التركيز نتيجة لتشتت انتباههم. ومما هو جدير بالاشارة هنا اليه هو ان تأثير الامفيتامينات - وهي من منشطات الجهاز العصبي المركزي - هو تأثير نقيضي حيث تؤدي الى خفض النشاط غير المرغوب فيه للطفل وسلوكه الحركي المفرط.

ولما كانت الأمفيتامينات تعمل على قمع الاحساس بالجوع، فقد استخدمت في برامج انقاص الوزن. الا انه بسبب نمو ظاهرة التحمل بسرعة لدى المتعاطي، فانها تفقد فاعليتها في قمع الاحساس بالجوع عقب فترة من التعاطي تتراوح بين اربعة وستة اسابيع. لهذا فانها تستخدم حالياً كجزء من برنامج قصير المدى لانقاص الوزن.

اساءة الاستخدام:

بدأت مشكلة اساءة استخدام الامفيتامينات في الظهور في اواخر الثلاثينيات والاربعينيات من هذا القرن. ويعتقد ان اول استخدام للامفيتامينات في غير المجالات الطبية كان خلال الحرب الأسبانية. وقد عمد كل من الحلفاء والمحور - خلال الحرب العالمية الثانية - الى استخدام الأمفيتامينات للاستعانة بخواصها التنبيهية للجنود وبعض فئات العمال.

وقد عانى الشعب الياباني من هذه المشكلة عقب انتهاء الحرب العالمية الثانية، وذلك نتيجة لما قامت به الحكومة اليابانية من توزيع كميات هائلة من الامفيتامينات على المحاربين والمدمنين بغرض زيادة انتاجهم خلال فترة الحرب العالمية الثانية (Fuqua, 1978. P89).



انابيب البنزدرين المعدة للاستنشاق كانت واسعة الانتشار، الى ان تم وضعها تحت قيود محددة

- وتمّ تخليق الامفيتامين لأول مرة عام ١٨٨٧، إلا ان البحوث حول استخداماته العلاجية لم تبدأ الا منذ عام ١٩٢٧. وقد قامت شركة Smith Kline and French في اوائل الثلاثينيات بترويج البنزدرين - وهو الاسم التجاري للأمفيتامين - في انابيب معدة للاستنشاق Bronchial inhaler وذلك لقدرة البنزدرين العمل على اتساع الشعب الهوائية. وسرعان ما انتشر استخدامه بين من يعانون من امراض مثل الربو. وقد تبين بعد ذلك - في اواسط الاربعينيات انتشار اساءة استخدام مستنشقات البنزدرين، حيث كان يتم كسر الانبوب ونقع محتوياته في اي شيء مثل عصير الفاكهة.

وقد استخدم الامفيتامين في منتصف الثلاثينيات كعلاج غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy. وفي نهاية ذلك القرن امكن التعرف على خصائصه في فقد الشهية، ومن ثم استخدم لاغراض خفض الوزن، ولقد ذاع استخدام الامفيتامينات على نظام واسع. فقد ورد - مثلا - في القوائم الفارماكولوجية الامريكية عام ١٩٧٦ اكثر من خمسين نوعاً منها، وكان من اكثر الاستخدامات شيوعاً هو خفض حدة الاكتئاب وكذلك التعب. ويبدو ان استخدام الامفيتامينات لاغراض غير طبية قد بدأ في اواخر الثلاثينيات خلال الحرب الأهلية الاسبانية.

وفي الواقع، فان تعاطي الامفيتامينات قد اصبح مشكلة كبيرة في السنوات القليلة الماضية. فهناك فئات عديدة تستخدم هذه العقاقير مثل سائقي الشاحنات كي يظلون يقظين طوال رحلتهم. ويستخدمها المدمنون على الهيروين، وكذلك اولئك الذين يستخدمون العقاقير المهبطة. فالمدمنون على مشتقات الباربيتوريت ـ مثلا ـ يستخدمون الامفيتامينات كجزء من الحلقة المفرغة التي يدورون فيها من «مزاج منخفض ـ ومزاج مرتفع». اذ يلجأ هؤلاء المدمنون عندما يحل المساء الى الباربيتوريت او غيرها من المهبطات كي يمكنهم النوم. وعندما يحل الصباح، يتعاطون الامفيتامينات كي ترتفع حالتهم المزاجية ليتمكنوا من مواجهة يومهم.

ويبدأ البعض في استخدام الامفيتامينات من خلال نشاط جماعي ينشدون فيه التعرف على مجال جديد من مجالات العقاقير، ويدفعهم في ذلك حب الاستطلاع والرغبة في مشاركة جماعة الرفاق في نشاطاتهم. هذا في حين يبدأ البعض الآخر في التعاطي بسبب الرغبة في ان يظلوا مستيقظين طوال الليل مثل بعض الطلبة اثناء فترة الامتحانات. كما قد تكون بداية استخدام هذه العقاقير كعلاج للبدانة من خلال خفض الشهية للطعام. وقد تكون بداية التعاطي للتخلص من تأثير عقاقير مهبطة سبق تعاطيها، او مقرونة معها.

وقد يتوقف المدمنون عن تناول الامفيتامينات في شكل حبوب او اقراص وينتقلون الى مرحلة التعاطي عن طريق الحقن. فيعمد بعض المراهقين وصغار الراشدين ـ في المجتمع الغربي ـ الى استخدام اقراص من الامفيتامينات مذابة عن طريق الحقن في الوريد، بالرغم من انسداد الابرة في اغلب الاحيان.

ويستخدم بعض المدمنين الميثدرين عن طريق الحقن في الوريد عدة مرات، ويستمرون في حالة من حسن الحال والنشاط الزائد لبضعة ايام، دون طعام

او نوم، ثم ينتابهم الارهاق والاكتئاب والنوم، ثم يبدأون الدورة مرة اخرى. وبتكرار هذا الاسلوب عدة مرات، تتدهور الحياة الاجتماعية للفرد، كما تتدهور حالته البدنية بشكل ملحوظ، وقد يصبح خطراً على الآخرين.

التحمل والاعتماد والانسحاب:

ينمو التحمل لهذا العقار، وكذلك اعتماد نفسي شديد، وهناك اتجاه للقول بأن مشاعر التعب والخمول والاكتئاب التي تصاحب الانسحاب من الامفيتامينات تشير الى اعتماد بدني بالفعل، ومع ذلك فان التوقف عن التعاطي لا يمثل تهديداً بدنياً للمتعاطي.

تأثير الأمفيتامينات:

تحدث الامفيتامينات تأثيراً مماثلاً لتأثير النورابنفرين على الجهاز العصبي السمبثاوي[١]. حيث تزداد معدلات ضربات القلب، تنقبض الاوعية الدموية

---

(١) يتكون الجهاز العصبي من الجهاز العصبي المركزي وهو المخ والحبل الشوكي، ومن الجهاز العصبي الطرفي الذي يتضمن الاعصاب الدماغية Cranial nerves والاعصاب الشوكية Spinal nerves، كما يتكون من الجهاز العصبي الذاتي او التلقائي او اللاإرادي Autonomic nerves system الذي يتكون بدوره من الجهاز العصبي السمبثاوي Sympathetic nervous system ومن الجهاز العصبي الباراسمبثاوي Parasympathetic nervous system.

ويعمل الجهاز العصبي الباراسمبتاوي في ظروف الحياة العادية على استمرار كثير من الوظائف (الحشوية بصفة خاصة) في ادائها لعملها بهدف الحفاظ على بقاء الكائن الحي. هذا في حين يعمل الجهاز العصبي السمبتاوي في الاحوال الطارئة (والانفعالية بصفة خاصة) لتهيئة الجسم لمواجهة هذه المواقف الطارئة التي قد يكون فيها تهديد لبقاء الكائن الحي. ومن المفروض أن هذين الجهازين (السمبتاوي والباراسمبتاوي) يعملان في نوع من التكامل مع بعضهما البعض بهدف تحقيق صالح وبقاء الكائن الحي.

في الجلد والغشاء المخاطي، يرتفع ضغط الدم، تتسع حدقة العين Mydriasis، يتم كف حركة الامعاء، تقل الشهية للطعام، تزداد حالة الصحو، يمر المتعاطي بمشاعر من حسن الحال، تسيطر عليه فكرة أنه يتمتع بطاقة لا حدود لها مع ازدياد بالثقة في النفس.

وتؤدي الجرعات الكبيرة الى جعل الشخص عصبياً، مضطربا، يعاني من خلط Confusion، خفقان في القلب، صداع، دوار، عدم القدرة على النوم.

الاستجابات الذهانية:

يمكن ان تحدث استجابات شبيهة بالمرض العقلي عقب تعاطي جرعة مفردة زائدة، كأن يتعاطى المرء جرعة تبلغ من ٥٥ الى ٧٥ ملليجرام من ديكسترو امفيتامين Dextroamphetamine مثلا. وتحدث الاعراض خلال فترة من ٣٦ الى ٤٨ ساعة. وقد يكون من الصعب جداً اقامة تمايز بين هذه الاعراض وبين الاستجابات الفصامية. ويعاني المتعاطي من اضطراب، هلاوس سمعية وبصرية، تفكير من نمط البارانويا (الجنون الهذائي) Paranoia، فقدان الارتباطات في مجرى الحديث.

وبالنسبة للغالبية العظمى من الاستجابات الذهانية (الاضطراب العقلي) التي تحدث بسبب تعاطي الامفيتامينات، فان الصورة الاكلنيكية تماثل حالات «الفصام من نمط البارانويا» Paranoid schizophrenia وعلى هذا، وبدون معرفة طبيعة العقار الذي تعاطاه المريض، فمن الممكن اساءة التشخيص باعتباره حالة من الفصام.

ويعاني المريض في ذهان الامفيتامين من حالة من الاضطراب والخلط، وتنمو لديه هذاءات الاضطهاد، وقد يعتقد ان هناك من يتحدث عنه

ويتلصص عليه ويحيك مؤامرات ضده، وقد يسلك بشكل عنيف في محاولة للدفاع عن نفسه ضد اعداء وهميين (Gallatin, 1982. P.421). وعادة ما تختفي الاعراض خلال ايام من التوقف عن تعاطي العقار، حيث يستجيب المريض بسرعة للايداع في المستشفى. ومع ذلك فينبغي الاشارة الى ان التعاطي المستمر لجرعات كبيرة من الامفيتامينات يمكن ان يؤدي الى تلف مخي.

التشخيص:

قد يكون من الصعب تشخيص الحالة. اذ ان الكثيرين من هؤلاء الاشخاص لا يوثق بهم، ومن النادر ان يذكروا تفاصيل حالتهم. كما ان الاختبارات الكيميائية للبول بهدف الكشف عن الامفيتامينات غير موثوق فيها بشكل قاطع، الا انه ينبغي استخدامها للمساعدة في التوصل لتشخيص للحالة.

وينبغي وضع احتمالات تعاطي الامفيتامينات اذا كان المريض ينتمي الى فئة سائقي الشاحنات او الطلبة. ويمكن القول بصفة عامة ان وجود اعراض مثل: التوتر، عدم الاستقرار، افكار هذائية من نمط الجنون الهذائي (البارانويا)، فقدان الشهية، نقصان الوزن، يمكن ان تشير الى احتمالات ان هذه الاعراض سببها الاستخدام الزائد لأحد العقاقير المنشطة. كما ينبغي دائماً ان تثور هذه الشكوك في حالة المراهق الذي يسلك سلوكا عدوانيا متمردا (Ewing, 1972, P.1010).

العلاج:

يعتبر ايداع المريض بالمستشفى، والاهتمام بعدم وصول اية عقاقير اليه، هو جزء هام من الخطة العلاجية. وعادة ما تزول الاعراض بسرعة عقب التوقف عن تعاطي الامفيتامينات، اذ ان الانسحاب الفجائي لا يؤدي الى اضطرابات فسيولوجية ملحوظة يمكن ان تتطلب خفضاً تدريجياً للعقار. ومع ذلك، ففي بعض الحالات يكون الانسحاب التدريجي للعقار امر مرغوب فيه. ومن جهة اخرى، فقد يكشف بعض المرضى عن زملة الامتناع (التوقف عن التعاطي) Abstinence syndrome عن الباربيتوريت اذا ما كانوا ممن يتعاطون هذه العقاقير بالاضافة الى الامفيتامينات.

الامفيتامينات والسلوك العدواني:

يرتبط تعاطي الامفيتامينات ارتباطاً وثيقاً بالسلوك العدواني. اذ ان ما تحدثه الامفيتامينات من تنبيه نفسي حركي، وافكار هذائية من نمط الجنون الهذائي (البارانويا)، وخفة انفعالية اي سهولة التقلب الانفعالي من حال الى حال Lability، قد تؤدي بالفعل الى سلوك عدواني بشكل مباشر، عن ان يكون العدوان هو مجرد نتاج لخفض عوامل الضبط للدوافع، مثلما يؤدي اليه تعاطي الكحول والباربيتوريت. بعبارة اخرى، يمكن القول بأن سهولة الاستثارة، والتغير المزاجي المفاجيء من حال الى حال، والتحرر من عوامل الكف والضبط، قد يؤدي الى سلوك عدواني تلقائي ليس هناك ما يدفع اليه، ولم تعمل اية ظروف او عوامل على استثارته.

ومن جهة اخرى، فان ميل متعاطي الامفيتامينات للاستجابة بحدة للمثيرات المباشرة، وميله لان يعزو كل شيء في البيئة الى نفسه بشكل مماثل

لاتجاهات من الجنون الهذائي، والحاجة الى القيام بسلوك ما بسبب التنبيه النفسي الحركي الزائد، تشكل الصيغة النهاية لسلوك متعاطي الامفيتامينات (Grinspoon and Bakalar, 1976. P.205).

القات

القات

القات هو اوراق نبات اسمه Catha Edulis Forest ينمو على سطح مرتفعات بعض المناطق مثل اثيوبيا واليمن وكينيا واوغندة وزائير وملاوى وزيمباوى وتنزانيا وموزنبيق. الا انه يوجد بكثرة في اليمن وشرق افريقيا وبخاصة اثيوبيا والصومال. كما انه يزرع في اغلب الامر مع البن.

واوراق شجرة القات ذات رائحة عطرية مميزة، وذات مذاق عطري حلو وقابض. وتظل الأوراق طازجة لمدة تقرب من اربع ايام ثم تتحول من اللون الاخضر الى اللون الاصفر حيث تفقد قدراً من فاعليتها[1].

وهناك اساطير تشير الى ان شجرة القات ـ شأنها شأن شجرة الكوكا التي يستخرج منها الكوكايين ـ هبة من الله وانها (زهرة الفردوس)، و(قوت الاتقياء) و(قوت الصالحين). ويشيعون ان من يتعاطى اوراقها «سوف يتعرف على اشياء عجيبة، وسوف يرى مجد الخالق».

ومن الصعب حتى الآن تحديد موطن القات الاصلي. فمن الآراء ما يقرر بأن القات انتقل الى اليمن من الحبشة، في حين يشير رأي آخر الى ان اليمن كانت اول من استخدم القات، ثم انهم عثروا على شجرة القات في غابات الحبشة عندما نزحوا اليها، وعملوا بالتالي على تعاطيه. ومن جهة

---

(١) انظر «مكافحة القات في الصومال» ـ دراسة تتبعية، د/ غريب محمد سيد احمد. دار النشر: المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب بالرياض، ١٩٨٩ ص٢٤ ـ ص٣٤.

اخرى، هناك قول آخر بأن كلمتي «قات» «وقهوة» مأخوذتان عن كلمة «قهفا» وهو اسم مدينة في الحبشة.

وبالنسبة لانتشار استخدام القات في الصومال، فقد كان مضغ القات قاصراً على مناطق قليلة من الاقاليم الشمالية، الا انه انتشر مع بداية الستينيات بدرجة ان أصبح استخدام القات امراً شائعاً بين مختلف فئات مجتمع الصومال.

ومن الوجهة التاريخية، يبدو ان طلاب العلم هم من اوائل من اهتم باستخدام القات كي يزودهم بطاقة اضافية وان يعمل على ابقائهم في حالة يقظة، وبذلك يمكنهم السهر وبذل جهد اضافي فيما بين ايديهم من مهام. وهم في هذا يماثلون البعض ممن يتعاطى الامفيتامينات حالياً في المجتمع الأوروبي سواء من الطلبة اثناء فترات الامتحان او من سائقي الشاحنات الذين يقودون شاحناتهم عبر مسافات طويلة.

ويبدو ان للقات نوعين من التأثيرات المتعارضة. فهو يعمل على تنبيه او تنشيط الجهاز العصبي السمبثاوي وما يصاحب ذلك من مشاعر حسن الحال وتزايد القدرة البدنية. كما ان له تأثير آخر من الكف والانهباط، حيث يبطىء من نشاط الامعاء ويعمل على كف الشهية. ويماثل هذان التأثيران فاعلية الامفيتامينات.

وفي الواقع، فان تعاطي القات يعمل على استثارة تأثيرات فسيولوجية شبيهة بما تحدثه الامفيتامينات مثل: ارتفاع ضغط الدم، زيادة معدل سرعة التنفس، سرعة ضربات القلب وخفقانه، اتساع حدقة العين، ارتفاع درجة الحرارة، العرق، ارق، قلق، سلوك عدواني، مشاعر من زيادة القدرة على العمل ـ وان كان تعاطي القات يؤدي بالفعل الى خفض الانتاج كما والتأثير فيه نوعا.

وعادة ما يمر المتعاطي بمراحل ثلاث هي:

أولاً: مرحلة التنبيه او التنشيط، وتبدأ عقب تناول القات بفترة من ١٥ الى ٢٠ دقيقة حيث يشعر المتعاطي بالقوة والنشاط وزوال التعب وتزايد النشاط الفكري.

ثانيا: حالة حسن الحال، حيث يشعر المرء براحة نفسية، وينتقل الى عالم من التخيلات. وتبدأ هذه المرحلة بعد حوالي ساعة ونصف من بدء التعاطي.

ثالثاً: مرحلة التوتر والقلق النفسي، حيث يمر المتعاطي بحالة من شرود الذهن والتوتر والقلق.

وكما هو الحال في جميع انواع العقاقير، فان تأثير القات يختلف من شخص لآخر وفقاً لعومل عدة منها نوع القات ومدة التعاطي وعمر الشخص نفسه.

ويتم تعاطي القات بأساليب عدة منها المضغ، وقد تستخدم الاوراق في التدخين بديلاً عن التبغ (في شبه الجزيرة العربية)، وقد يصنع من الأوراق نوع من المعجون حيث يخلط بالعسل او السكر (كما في تنجانيقا)، وقد يصنع من الأوراق شراب مماثل للشاي (كما في جنوب افريقيا).

وعادة ما يتم مضغ اوراق القات، حيث تبتلع العصارة، الى ان يتم استخلاص جميع العصارات بها، ثم يتم جمع (تخزين) البقايا المتبقية في جوانب الفم وتظل هكذا طوال فترة التعاطي.

وتتم عملية تعاطي القات خلال تجمعات اجتماعية، حيث يسود في بداية الامر مزاج من حسن الحال والانشراح والتفكه والثرثرة، كما يحدث في جلسات تعاطي الحشيش عادة، ثم يدخل المتعاطون بعد ذلك في حالة من التوتر والعصبية ينفض خلالها ذلك التجمع.

وبالنسبة للمواد الفعالة في القات، فقد تم عزل مركب اطلق عليه Cathine[1] عام ١٨٨٧، ثم توصلت مختبرات تحليل المخدرات التابعة للأمم المتحدة عام ١٩٧٥ الى وجود مركب آخر هو Cathinone وهو من اقوى المواد التي يحتوي عليها القات تأثيراً[2]. ومن جهة اخرى، يبدو ان ظاهرة التحمل بالنسبة لهذا التأثير يمكن ان تحدث لدى المتعاطي. وإن كان هذا الرأي ينبغي ان يقابل بنوع من الحذر.

---

(١) Khat - Nor - Pseudo - Ephedrine.

(٢) انظر المرجع السابق ص٢٤ ـ ص٤٠.

النيكوتين والكافيين

النيكوتين

شاع استخدام النيكوتين خلال العالم منذ انجار كولومبس مع الهنود الاميركيين. اذ لم يمضى وقت طويل حتى قام البحارة والتجار بتقليد الهنود في تدخينهم لأوراق التبغ (الطباق)، وما لبثوا ان استشعروا الرغبة المتزايدة في القيام بذلك. كما استخدموا الطباق عن طريق مضغه او سحقه ثم استنشاقه.

ويمكن تقدير الخصائص الادمانية للتبغ مما هو قائم من انفاق بعض الفقراء لجزء لا بأس به من دخلهم المحدود على شراء التبغ.

وهناك عدد من الامراض يحدثها بالتأكيد تدخين التبغ او على الاقل يعمل على زيادتها حدة، ومنها سرطان الرئة، سرطان الحنجرة والمريء، وعدد من امراض القلب والاوعية الدموية.

ويدرك معظم المدخنين مخاطر التدخين على الصحة، ومع ذلك فانهم يستمرون في التدخين. ومن نماذج ذلك ان فرويد قد استمر يدخن حوالي ٢٠ سيجاراً في اليوم بالرغم من معرفته التامة بأن ذلك يترك آثاراً سيئة على قلبه، ويؤدي الى نمو سرطاني في فمه. وبالفعل فقد تم ـ في نهاية الامر ـ استئصال جزء كبير من فكه ومع ذلك فلم يكن قادراً على تحمل عدم التدخين.

على ان مخاطر التدخين على الصحة ليست بقاصرة على من يدخن فقط

وانما تمتد الى مَن حوله والمحيطين به. اذ يخرج من طرف السيجارة المشتعلة عوادم تحتوي على اول اكسيد الكربون والنيكوتين والقار، يستنشقها جميعها غير المدخنين الموجودين في بيئة من يدخن. ولهذا فقد عمدت بعض السلطات الى تحديد الاماكن المسموح بالتدخين فيها، ومنع التدخين في اماكن معينة مثل سبل المواصلات وقاعات السينما وغيرها من مواقع التجمعات الجماهيرية.

والتدخين بالنسبة للبعض هو مصاحب ممتع للنشاطات الترفيهية، بينما هو بالنسبة للبعض الآخر من العوامل المساعدة على الانجاز، ويستمد بعض المدخنين إشباعاً ورضاء من تناول علبة السجائر، واخذ سيجارة، وقرع السيجارة على سطح صلب ـ وهو سلوك لا قيمة له وخاصة بالنسبة للسجائر ذات الفلتر ـ وإشعال السيجارة، واخذ انفاس على دفعات، والدخول في حالة من الاسترخاء.

ويبدو انه من المهم التمييز بين انماط مختلفة من المدخنين. فهناك من يدخنون اكثر من علبتي سجائر في اليوم، وهم ممن يمكن اعتبارهم مدمنين على النيكوتين. هذا في حين ان اولئك الذين يقتصرون في التدخين على المواقف الاجتماعية، ويدخنون اقل من علبة واحدة في اليوم، فمن الممكن القول بأنهم غير مدمنين، وانما لديهم «عادة» التدخين.

ومما لا شك فيه ان التدخين بانتظام يؤدي الى اعتماد نفسي وبدني. ولهذا نجد ان هذه الفئة من المدخنين عندما يحاولون الكف عن التدخين فانهم يعانون من اعراض منها: سهولة الاستثارة، صعوبة التركيز، القلق، اضطراب النوم، غثيان، صداع، امساك. ويمكن لأعراض الانسحاب هذه ان تستمر لعدة اسابيع او حتى شهور.

ومن جهة اخرى، فقد قام اهتمام بذلك النوع المتطور من السجائر الذي يحتوي على نسبة منخفضة من النيكوتين. الا انه تبين ان المدخنين الذين يدخنون ذلك النوع المتطور بنفس الكمية التي كانوا يدخنون بها النوع العادي من السجائر، يستشعرون اعراض الانسحاب السابق الاشارة اليها. ولهذا نجد ان المدخنين يعمدون الى تدخين كميات اكبر من النوع المتطور بمقارنة ذلك بالكمية التي كانوا يدخنونها في السابق من النوع العادي. او يأخذون عدداً اكبر من الانفاس ويستنشقونها بعمق اكثر مما كانوا يفعلونه عند تدخين السجائر التي كانت تحتوي على نسبة اكبر من النيكوتين. وعلى هذا يقوم حالياً تساؤل حول السياسة التي تشجع انتاج ذلك النوع من السجائر المحتوي على نسبة اقل من النيكوتين. ومن جهة اخرى، لما كان القار هو المادة الرئيسية التي تحدث السرطان، فانه يكون من الافضل انتاج سجائر تحتوي على نسبة ضئيلة من القار (Davison and Neale, 1986, P.272).

الكافيين
Caffeine

يوجد الكافيين في القهوة والشاي والشيكولاتة والكولا. وقد استمد المجتمع الغربي البن من شبه الجزيرة العربية وتركيا في القرنين الخامس عشر والسادس عشر. وكانت القهوة مكروهة في بادىء الامر من الاوروبيين والامريكيين. الا انها سرعان ما انتشرت بسرعة بعد ان وجد الناس انها ترفع الحالة المزاجية، كما اعجبوا بمذاقها، وقد افتتح اول مقهى في لندن عام ١٦٥٢.

ويؤدي تعاطي جرعات زائدة جداً من اقراص تحتوي على الكافيين الى اعراض سُمّية منها: صداع، اسهال، عصبية، اضطراب شديد، وحتى نوبات تشنجية ووفاة. ومع ذلك، فان هذه الوفيات لا يمكن حدوثها الا في احوال تعاطي كمية كبيرة جداً من اقراص الكافيين، اذ يتم افراز الكافيين بسرعة بواسطة الكليتين بدون اي تجمع ملحوظ له.

ومن الصعب على من اعتادوا استخدام الكافيين ان يبدأوا يومهم بدون تناول قدح او اثنين من القهوة. واذا لم يتمكنوا من ذلك فانهم يعانون من اعراض الانسحاب مثل الصداع وسهولة الاستثارة وتغير في الحالة المزاجية (Davison and Neale, 1986. P.268).

الفصل الثامن

مشكلة الادمان في الكويت

مشكلة الادمان في الكويت

من غير المعروف بصورة قاطعة البداية الفعلية لظهور المخدرات في الكويت. اذ يرى بعض الباحثين[1] ان الافيون ادخل الى الكويت في الاربعينيات عن طريق بعض البحارة. ولم تكن هناك في ذلك الوقت قيود على ذلك. ويبدو أن الافيون قد استخدم لعلاج بعض الامراض ولتخفيف حدة الآلام. كما يبدو ان بعض المواطنين قد بدأ في تعاطيه.

هذا بينما تشير تقارير وزارة الداخلية الى ان بدء ظهور المخدرات في الكويت يعود الى اوائل الخمسينيات. وكانت هذه المخدرات قاصرة على الافيون. وقد اقتصر تعاطيها على بعض الجاليات الاجنبية وخاصة الايرانية والهندية والباكستانية، وقد ادى ذلك الى انشاء قسم لمكافحة المخدرات، خاصة وقد بدأ ظهور الحشيش الى جانب الأفيون.

وتشير تقارير وزارة الداخلية الى انه مع بداية الستينيات والتوسع في النهضة العمرانية، وبالتالي استقدام العديد من العمالة الوافدة، واتساع نطاق الاتصال بالعالم الخارجي والاحتكاك بالحضارات المختلفة، اخذت مشكلة المخدرات والكحوليات في التفاقم. ومع بداية السبعينيات اتخذت المشكلة طابعاً آخر، حيث ظهرت صور اخرى من المخدرات مثل المورفين والهيروين

---

(١) السريع، ح - ع. «مشكلة المخدرات بالكويت». بحث القى في ندوة المخدرات، جامعة الكويت، ٤ - ٥ ابريل ١٩٨٩.

والكوكايين، وان كانت مادة الهيروين هي الاكثر انتشاراً والاعظم خطراً بطبيعة الحال.

وكان من الضروري ان يتبع هذا التطور في مشكلتي المخدرات والكحوليات وضع تشريعات تواجه موضوع التعامل بهذه المواد سواء عن طريق الاتجار او التعاطي او غير ذلك.

على انه لم تكن هناك في بداية الامر عقوبات تذكر، حيث كانت العقوبة القصوى لا تزيد عن الحبس لمدة سنة. ومع تزايد تفاقم المشكلة صدر اول تشريع في شأن تجريم المخدرات، حيث احتوى قانون الجزاء الكويتي، رقم ١٦ لسنة ١٩٦٠ على مادتين هما ٢٠٧ و٢٠٨.

وتنص المادة ٢٠٧ على انه «يعاقب بالحبس مدة لا تزيد عن سبع سنوات وبغرامة لا تجاوز سبعة آلاف روبية او باحدى هاتين العقوبتين كل شخص اتجر في مواد مخدرة او قدمها للتعاطي او سهل تعاطيها بمقابل او بغير مقابل او حازها بقصد اعطائها للغير، ما لم يثبت انه مرخص له بذلك».

وتنص المادة ٢٠٨ على أنه «يعاقب بالحبس مدة لا تزيد عن سنتين وبغرامة لا تجاوز الفي روبية او باحدى هاتين العقوبتين كل من اشترى او حاز مواد مخدرة بقصد التعاطي او الاستعمال الشخصي، ما لم يثبت انه اشترى او حاز هذه المواد بموجب رخصة او تذكرة طبية او انها مصروفة له بمعرفة الطبيب المعالج».

ثم صدر بعد ذلك في نفس السنة القانون رقم ٢٦ لسنة ١٩٦٠ المعدل بالقانون رقم ٥٠ لسنة ١٩٦٠ الخاص بمراقبة الاتجار بالعقاقير المخدرة

واستعمالها في الكويت. ويعمل هذا القانون على تحديد العقاقير المخدرة، ووضع ضوابط الاتجار بها واستعمالها.

ونتيجة لما لوحظ من قصور في القوانين السابقة وفقاً لما كشف عنه التطبيق العملي لها. كان من الضروري صدور تشريع جديد يغطي هذه الثغرات ويعالج قضايا عديدة مرتبطة بظاهرة الادمان: وعلى هذا فقد صدر القانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣، في شأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها.

وصدر اخيراً المرسوم بقانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٧٨ في شأن مكافحة المؤثرات العقلية وتنظيم استعمالها والاتجار فيها. وقد وضع هذا القانون ضوابط لانتاج واستيراد وتصدير تجارة ونقل وحيازة مواد ومستحضرات المؤثرات العقلية(١).

وقد تناول «السماك»(٢) القانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣، بالشرح والتحليل، موضحاً ثلاث ابعاد اساسية لهذا القانون هي: الجانب الوقائي التقليدي لقوانين المخدرات، والجانب الوقائي التنظيمي، والجانب الوقائي الايجابي.

وبالنسبة للجانب الوقائي لقوانين المخدرات، يشير «السماك» الى ان النصوص العقابية تستهدف تحقيق الردع العام الى جانب الردع الخاص بالنسبة للجاني. ولهذا جاءت نصوص القانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣ بحيث تجعل افراد المجتمع الاسوياء يبتعدون عن الجريمة وموضوعها. كما جاءت هذه النصوص من الوضوح بحيث لا تدع محالاً للتناقض في تفسيرها.

---

(١) انظر نصوص هذه القوانين المرفقة (مرفقات بأرقام ١، ٢، ٣).

(٢) السماك، أ. «وقفة مع قانون المخدرات الكويتي». ندوة المخدرات، جامعة الكويت، ٤ ـ ٥ ابريل ١٩٨٩، ص٣٩ ـ ص٤٥.

وفي هذا الصدد، فان نصوص هذا القانون تحدد اكبر قدر من الافعال المجرمة، وتأخذ بالمفاهيم الواسعة لمعنى هذه الجرائم، وتأخذ بالمفهوم الواسع في معنى المادة المخدرة الخام، وتجرم التعامل بالنباتات التي يستخرج منها المواد المخدرة في جميع مراحل نموها وبجميع مسمياتها العلمية والتجارية، والاكتفاء بالقصد الجنائي العام في المعاقبة على جرائم المخدرات، وتشدد العقوبة بصفة عامة سواء كان القصد من ارتكاب الفعل هو الاتجار او التعاطي.

وبالنسبة للجانب الوقائي التنظيمي لهذا القانون، فلما كانت بعض المواد والمستحضرات من المخدرات قد تكون هناك حاجة لاستخدامها لاغراض علاجية او للبحث العلمي او التصنيع، فقد جاءت بعض نصوص هذا القانون كي تكفل عدم تسرب هذه المواد الى آخرين يسيئون استخدامها.

وأما بالنسبة للجانب الوقائي الايجابي، فقد جاءت نصوص القانون بحيث تجرم فعل التواجد في مكان معد للتعاطي يدار به التعاطي اثناء وجود الفرد وبعلمه. ويستهدف المشرّع من ذلك حماية افراد المجتمع من وضع انفسهم في موقف قد يمكنهم من الانزلاق في هاوية التعاطي.

كما استحدث المشرع نظام الافراج عن الجاني الذي يبلغ عن رفاقه الجناة قبل علم السلطات العامة بهم، وبذلك يمكن تلافي حدوث الضرر بالمجتمع. وادخل المشرع نظام التدبير الصحي العلاجي للمدمن عندما اجاز وضع المدمن في مصحة علاجية، بناء على طلبه قبل القبض عليه، او بناء على طلب الزوج او الزوجة والاقارب حتى الدرجة الثانية، او بناء على طلب الجهة الحكومية التي يعمل بها المدمن.

ومن جهة اخرى، واستكمالاً للجهود المبذولة في مواجهة مشكلتي

المخدرات والكحوليات، كان لزاما على دولة الكويت ان تبدي اهتماماً كبيراً بالتعاون مع الجهود المبذولة على مستوى الدول العربية بصفة خاصة والمستوى الدولي بصفة عامة.

وفي هذا الصدد، تشارك الكويت في الاجتماعات الدورية التي يعقدها رؤساء الاجهزة التنفيذية لمكافحة المخدرات في الوطن العربي. كما ان الكويت على اتصال مستمر مع المكتب العربي لمكافحة المخدرات، وهو احد اجهزة مجلس وزراء الداخلية العرب. كما تستعين الكويت ببرامج العمل التي وضعتها «الاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية» الصادر عن الامانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب. هذا بالاضافة الى «القانون العربي الموحد للمخدرات النموذجي» المعتمد بالقرار رقم ٥٦ الصادر عن مجلس وزراء الداخلية العرب بدور انعقاده الرابع في مدينة الدار البيضاء خلال الفترة من ٤ ـ ١٩٨٦/٢/٥[١].

وتهتم الكويت على المستوى الدولي بالتعاون الوثيق مع الاجهزة والهيئات المتخصصة التابعة للأمم المتحدة[٢]. كما صدر مرسوم بالقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٩ بالانضمام الى اتفاقية فيينا لعام ١٩٧١ بشأن المواد المؤثرة على النفس، والتي تستهدف اساساً منع اساءة استعمال المواد المؤثرة على النفس

---

(١) انظر النصوص المرفقة (مرفق رقم ٥، مرفق رقم ٦).

(٢) هناك عدة هيئات دولية تعمل في اطار الامم المتحدة لمكافحة المخدرات ومنها:

١ ـ لجنة الأمم المتحدة للمخدرات، وهي تهتم اساسا بتحديد سياسة المنظمة في هذا المجال.

٢ ـ الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، وتعمل على مراقبة تطبيق احكام المعاهدات المتعلقة بالمخدرات، والتي تهدف الى تحديد انتاج المخدرات وصناعتها وتصديرها واستيرادها والاتجار بها واستعمالها في اغراض طبية وعلمية.

وتعمل لجنة الامم المتحدة للمخدرات، والهيئة الدولية لمراقبة المخدارت، في اطار المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة.

ومحاربة الاتجار غير المشروع فيها وحصر استخدامها في الاغراض المشروعة.

والى جانب اهتمامات دولة الكويت باصدار التشريعات لمواجهة ظاهرتي المخدرات والكحوليات والتعاون مع الهيئات العاملة في هذا المجال على المستويين العربي والدولي، فقد كان من الطبيعي ان يهتم **المجلس الاعلى للتخطيط** بهذه الظواهر من خلال «**لجنة الخدمات الاجتماعية**» المنبثقة عن المجلس، باعتبار ان من مهام هذه اللجنة وفقاً لما نصت عليه اللائحة الداخلية للمجلس والمنظمة لاعمال لجانة «مراقبة الظواهر الاجتماعية ومتابعة وسائل تنمية ايجابياتها ومعالجة سلبياتها بالتنسيق مع اللجان الأخرى وتقييم كفاءة هذه الوسائل في تطوير المجتمع وتنمية افراده ومن ثم اقتراح السياسات التي من شأنها تعزيز القيم الاجتماعية الحميدة النابعة من ديننا الحفيف وترسيخ الانتماء الوطني وتقديم التوصيات بهذا الشأن.»

ولقد ادرجت لجنة الخدمات الاجتماعية ظاهرة تعاطي وادمان الخمر والمخدرات والعقاقير المؤثرة في العقل والاتجار بها ضمن برامج عملها، اذ يتبين لها ان هذه الظاهرة بدأت تبرز وتتنامى في المجتمع الكويتي وذلك لأسباب منها: الانفتاح على العالم الخارجي وسفر ابناء الكويت الى الخارج، ضعف الرقابة الاسرية ورعاية الابناء، ضعف الوازع الديني لدى بعض افراد المجتمع، الترف المادي ورفاهية المجتمع، التطور السريع الذي يستهدف المجتمع الكويتي وتأثير الاعلام الخارجي، كثرة الوافدين واختلاف قيمهم وسلوكياتهم.

وبناء على توصيات لجنة الخدمات الاجتماعية، فقد شكلت الامانة العامة للمجلس الاعلى للتخطيط لجنة فنية لمناقشة امكانية انشاء هيئة لمكافحة المخدرات والمسكرات. وقد عقدت اللجنة الفنية اجتماعاتها خلال الفترة من مايو ١٩٨٨ الى يونيو ١٩٨٨.

وقد رأت لجنة الخدمات الاجتماعية في اجتماعها بتاريخ ١٩٨٨/١١/١، في ضوء ما انتهت اليه اللجنة الفنية من آراء، اهمية اجراء المزيد من الدراسة للمشكلة، ومن ثم تقرر تشكيل لجنة فرعية للتعمق في بحث هذه القضية وتقديم التوصيات والمقترحات في هذا الشأن. وقد عقدت هذه اللجنة الفرعية بالفعل اجتماعاتها خلال الفترة من اكتوبر ١٩٨٨ إلى يناير ١٩٨٩.

ووفقاً لما انتهت اليه اعمال اللجنتين الفنية والفرعية، بما في ذلك من لقاءات لبعض المسؤولين، والاستعانة بالبحوث والدراسات والاحصاءات المختلفة، فقد انتهت لجنة الخدمات الاجتماعية الى ما يلي:

... «في الكويت ان لم تكن مسألة المخدرات والمسكرات ـ في الوقت الحاضر ـ مشكلة الا انها ومقارنة بحجم المجتمع الكويتي تعتبر ظاهرة اجتماعية خطيرة ذات مؤشرات واضحة خصوصاً في ظل غياب خطة قومية شاملة لمجابهتها والتصدي لها. وهذا ما اكده كافة المسؤولين الذين استضافتهم اللجنة سواء القياديين متخذي القرار القائمين على رأس الاجهزة الحكومية من وزراء او اولئك العاملين في مجال المكافحة او الضبط او القضاء او العلاج. كما ان احد جوانب خطورة هذه السموم تكمن من ضآلة الكمية المتعاطاة منها خصوصاً المواد المخدرة مثل الكوكايين والهيروين والمورفين، التي تجعل من متعاطيها مدمنا، وهذا يسهل انتشارها وشيوعها بين افراد المجتمع، بالاضافة الى ان سلوك بعض طلبة المدارس الخاطيء بتعاطيهم لانواع من المواد الكيماوية المخدرة مثل مادة الباتكس، لهو مؤشر ونذير لضرورة التصدي له وتقويمه واخذ مبدأ الحيطة قبل استفحاله وتعقده. كما اوضح البحث في هذه المشكلة انه ليس من السهل تحديد الحجم الحقيقي لهذه الظاهرة سواء بالنسبة لعدد المتعاطين او المروجين او الكميات المتداولة، وهذا ليس على المستوى المحلي فحسب بل على المستوى العالمي ايضا.

وتجدر الاشارة هنا الى ان قانون الجزاء الكويتي المتعلق بالمخدرات والمسكرات على درجة من الشدة والصرامة حيثما شرع عقوبة السجن المؤبد كعقوبة قصوى ضد مروجي وتاجري المخدرات. الا ان المشكلة وحسبما يراها المسؤولين وفقاً لما تشير له الاحصاءات ما زالت بازدياد وتوسع. وان الأمر في معالجتها لا يقف عند فرض عقوبات صارمة كعقوبة الاعدام وحسب، لأن للمشكلة ابعاد ودوافع اخرى لا تقف حدودها عند التجريم او سن اغلظ الشرائع، بل يتطلب الامر مراعاة النواحي الشرعية والفقهية والاجتماعية عند المناداة بتطبيق عقوبة الاعدام والاخذ بعين الاعتبار الاسباب الرئيسية - وهي كثيرة - من وراء التورط في هذا النوع من الجرائم»...

وعلى هذا فقد رأت لجنة الخدمات الاجتماعية ان مسؤولية مواجهة المشكلة وعلاجها هي مسؤولية جماعية تقع على عاتق فريق متكامل مكون من الجهات الحكومية وغير الحكومية. وان للمشاركة الشعبية ممثلة بالافراد وجمعيات النفع العام دوراً لا يقل اهمية عن دور المؤسسات الحكومية المعنية بالامر، وذلك لتوحيد كافة الجهود الامنية والاعلامية والتربوية لايجاد عمل مشترك لمكافحة هذه المشكلة، وعلى هذا فقد اوصت اللجنة بايجاد «هيئة مستقلة لمكافحة المخدرات والخمور، يصدر بها قانون يحدد تشكيلها واهدافها وصلاحياتها وميزانيتها». والتي يكون من اختصاصاتها ما يلي:

١ - وضع الخطط والبرامج ورسم السياسات في كل ما يتعلق بمراقبة المخدرات والمسكرات، والمؤثرات العقلية ومكافحة استعمالها غير المشروع.

٢ - اتخاذ الوسائل والاجراءات الكفيلة بالحد من انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات والمسكرات والاتجار بها.

٣ - التنسيق فيما بين الجهات المعنية بمكافحة المخدرات والمسكرات

والتوعية بخطورتهما ومتابعة وتقييم انشطتها في هذا المجال واعداد تقارير دورية.

٤ ـ متابعة تنفيذ ما جاء بالاتفاقيات الدولية والعربية المتعلقة بمشاكل اساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع والتي اقرتها دولة الكويت والاخذ بما يتناسب ووضع الدولة، وتنفيذ ما جاء بالاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية.

٥ ـ وضع الضوابط الخاصة بأذونات استيراد المواد المخدرة ومراقبة نقلها وشحنها ووسائل اتلافها.

٦ ـ اعداد الاحصائيات والبيانات الدقيقة لتحديد حجم المشكلة من واقع السجلات والتقارير الصادرة عن الأجهزة الحكومية.

٧ ـ توفير المعلومات والدراسات والأبحاث حول المخدرات والمسكرات بالتنسيق والمساهمة مع الجهات المعنية بالأمر، ودراسة المشاكل الناجمة عن هذه الظاهرة.

٨ ـ وضع البرامج المتعلقة بالمكافحة والوقاية والعلاج.

٩ ـ وضع نظام للرقابة المستمرة على تنفيذ الخطط المقرة والاجراءات المطبقة بهذا الخصوص.

١٠ ـ تبصير الرأي العام بأخطار المخدرات والمسكرات وتقوية رفض المجتمع لهذا السلوك المنحرف انطلاقاً من التحريم والوارد بالشريعة الاسلامية، والعيب حسب الاعراف الاجتماعية.

١١ ـ اقتراح مشروعات القوانين والتعديلات في نظم الجزاء المتعلقة بالمخدرات والمسكرات.

١٢ ـ تنسيق علاقات الدولة بالمنظمات الدولية والاقليمية المتخصصة في هذا المجال.

١٣ ـ اقتراح ميزانية سنوية للصرف منها على نشاط وتنفيذ مهام الجهاز[١].

ولقد صدر بالفعل مرسوم ٨٩/١٣٣ بانشاء «اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات»[٢].

---

(١) انظر «تقرير حول انشاء جهاز مختص لمكافحة المخدرات والمسكرات»، المجلس الاعلى للتخطيط، الأمانة العامة لجنة الخدمات الاجتماعية، مارس ١٩٨٩، ص٤ ـ ص١٣.

(٢) انظر المرفقات (مرفق رقم ٤).

دراسات حول ظاهرتي المخدرات والكحوليات في الكويت

حاول العديد من الباحثين دراسة تطور ظاهرتي المخدرات والكحوليات بهدف التعرف على حجم هذه المشكلة، وعما اذا كانت معدلات حدوثها وانتشارها تتزايد من سنة الى اخرى، او تأخذ طريقها الى التناقص، او تظل معدلاتها ثابتة وكل هذه الدراسات تمثل اجتهادات مفيدة بلا شك تخدم كمؤشرات هامة واساسية يمكن في ضوئها مواجهة هذه المشكلة ووضع الخطط العلاجية والوقائية والبنائية. على ان اهم ما يمكن ان يؤخذ على هذه الدراسات هو اغفالها لحقائق حجم المجتمع، وتزايد عدد سكانه من المواطنين والوافدين. بمعنى انه كان ينبغي دائماً مراعاة نسبة عدد السكان من كل فئة الى حجم المشكلة بتفريعاتها المختلفة. كما كان ينبغي ان يوضع في الاعتبار دائماً فصل تلك القضايا التي تضبط فيها كميات ضخمة من المواد المخدرة لم تكن معدة اساساً للاستهلاك المحلي، وانما تمر بالبلاد فقط في طريقها الى دول اخرى. ونشير في هذا الصدد الى القضايا التالية:

١ ـ قضية تهريب (حشيش) عام ١٩٨٠ بلغ وزنها ٢٧١ كيلوجرام.

٢ ـ قضية تهريب (حشيش) عام ١٩٨٣ بلغ وزنها ٣٧٣ كيلوجرام.

٣ ـ قضية تهريب (هيروين) عام ١٩٨٨ بلغ وزنها ٤,٥ كيلوجرام.

٤ ـ قضية تهريب (افيون) عام ١٩٨٨ بلغ وزنها ٧,٥ كيلوجرام.

٥ ـ قضية تهريب (مؤثرات عقلية) عام ١٩٨٨ بلغ عددها حوالي ثلاثة ملايين حبة كبتاجون.

وعلى اية حال، فقد اوردنا ضمن ملحقات هذا المرجع، مجموعة من الاحصاءات يمكن ان تكون ذات فائدة كبيرة لباحثين آخرين ممن ينشدون دراسة ظاهرتي المخدرات والكحوليات في الكويت. كما ان هذه الاحصاءات يمكن ان تمثل مرجعاً تاريخياً يفيد ـ فيما بعد ـ في اجراء صور من الدراسات التقيميمة التتبعية. وتتضمن هذه المجموعة من الاحصاءات ما يلي:

١ ـ احصاءات وزارة الداخلية، الادارة العامة للمباحث الجنائية، ادارة مكافحة الخمور والمخدرات، للأعوام ١٩٨٠-١٩٨٩ (مرفق رقم ٧).

٢ ـ احصاءات وزارة الداخلية، الادارة العامة للتخطيط والمعلومات، ادارة الاحصاء، للأعوام ١٩٨٤-١٩٩١ (مرفق رقم ٨).

٣ ـ دراسة احصائية لقضايا الخمور والمخدرات والمتهمين فيها للسنوات ١٩٨٣-١٩٨٩، صادرة عن وزارة العدل، مركز المعلومات الآلي (مرفق رقم ٩).

٤ ـ احصاءات مصدرها المجلس الاعلى للتخطيط (مرفق رقم ١٠).

اولاً:

وفي دراسة «لوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل»[1] بشأن حجم المشكلة وتطورها، تقرر انه من خلال البيانات المستقاة من المصادر الرسمية (الداخلية، العدل، الصحة) يمكن الوقوف على اهم السمات والمؤشرات الخاصة بمشكلة المخدرات والخمور في المجتمع الكويتي على النحو التالي:

١ ـ زيادة عدد القضايا والمتهمين من عام ١٩٨٠-١٩٨٩، وكذلك زيادة الكميات المضبوطة (حشيش، افيون، هيروين، حبوب مؤثرة في العقل) بمعدلات مرتفعة فيما عدا عام ١٩٨٨ حيث تناقص عدد القضايا والمتهمين (بالنسبة للحشيش والافيون) وذلك بسبب قرار وزير الصحة لسنة ١٩٨٧ الذي اخرج بموجبه بذور الحشيش والماريجوانا من التجريم. هذا في حين كانت كميات الهيروين في تزايد مستمر لسهولة تهريبه وارتفاع ارباحه، وكذلك الحال بالنسبة للحبوب المؤثرة على العقل.

٢ ـ تزايد قضايا الاتجار بالخمور من عام ١٩٨٤-١٩٨٩ بنسبة ١٠٠٪ وفقاً لبيانات وزارة الداخلية. اما قضايا حيازة الخمور والسكر فقد كانت ثابتة، وذلك لأن لها سمة الخصوصية التي تقلل من ضبط الاشخاص المتهمين بها.

٣ ـ أما عن بيانات وزارة العدل فانها تعطي المؤشرات التالية: تزايد الكميات المضبوطة من الحشيش خلال الفترة من ١٩٨٣-١٩٨٧ بحوالي ٨ اضعاف، وتزايد كميات الهيروين بحوالي ٩٠ ضعفا، وتزايد كميات الافيون بحوالي ٢٠٠ ضعفا، والخمر والجعة (البيرة) ٩ أضعاف.

---

(١) انظر «مشكلة المخدرات: الاسباب، الآثار، الوقاية والعلاج» وزارة الشؤون الاجتماعية، والعمل، الكويت، ١٩٩٢ ص١٣.

٤ ـ وتوضح بيانات وزارة الصحة المؤشرات التالية:

أ ـ متوسط عدد المترددين على مركز الادمان سنوياً من الكويتيين خلال الفترة من ١٩٨٣ـ١٩٨٨ هو ٥٥٨ حالة.

ب ـ تزايد عدد المترددين من الكويتيين على العيادة الخارجية من عام ١٩٨٤ الى عام ١٩٨٨ بنسبة ٥٠٠٪.

حـ ـ تزايد عدد حالات الادمان على الكحول اكثر من ١٠ مرات خلال الفترة من ١٩٨٣ـ١٩٨٧. وتزايد عدد حالات الادمان على المخدرات في الفترة ذاتها ١٦ ضعفا.

ثانياً

وفي دراسة اخرى حول «مشكلة المخدرات بالكويت» تبين ما يلي:

«أنه منذ عام ١٩٨٠ حتى عام ١٩٨٤ كان هناك تزايد في عدد القضايا واعداد المتهمين، ولكن بعد صدور قانون المخدرات والبدء في تطبيقه انخفضت اعداد القضايا والمتهمين خلال ١٩٨٥، مع ملاحظة انه خلال عامي ١٩٨٠، ١٩٨٢ تمّ ضبط كميتين كبيرتين من الحشيش من خلال قضيتين كانت الاولى فيّ عام ١٩٨٠ وبلغت كمية الحشيش ٢٧١ كيلوجراما، والثانية عام ١٩٨٢ بلغت الكمية ٣٧٣ كيلوجراما. وهما اكبر كميتين من الحشيش تمّ ضبطهما. علما بأن تلك الكميات لم تكن مهربة الى الكويت، بل هي مرور كترانزيت الى دول مجاورة.

وخلال عامي ١٩٨٦، ١٩٨٧ لوحظ ارتفاع مرة اخرى في اعداد القضايا والمتهمين، وذلك بسبب تزايد عمليات تهريب حبوب الكبتاجون لأنها لم تكن مدرجة ضمن قانون المخدرات. وكذلك بالنسبة للقضايا التي سجلت ضد بذور الخشخاش وبذور الماريجوانا التي يستخدمها بعض مواطني دول شرق آسيا كبهارات للطعام.

وصدر قانون المؤثرات العقلية عام ١٩٨٧، والذي بدأ تنفيذه في شهر مارس ١٩٨٨. كما صدر قرار من وزير الصحة العامة بعدم تجريم بذور الخشخاش والماريجوانا. وقد كان من نتائج ذلك تناقص عدد القضايا خلال عام ١٩٨٨.

واما بالنسبة لكميات المخدرات، فعدا ما تم ذكره من ضبطتي الحشيش، كان هناك انخفاض في كميات الحشيش والافيون، ولكن كان هناك ـ

بالمقابل - ارتفاع في كميات الكبتاجون والهيروين، مع ملاحظة تزايد اعداد المتعاطين للهيروين، وتزايد عمليات تهريبه. ولعل من اسباب ذلك ان تهريب الهيروين اسهل من تهريب اي كمية اخرى من المخدرات، كما ان سعر هذا المخدر يعوض اي تاجر او مهرب مخدرات يبحث عن الكسب السريع خلاف تهريب كميات كبيرة من الحشيش.

وبالنسبة للزيادة في كميات حبوب الكبتاجون، فان قانون المؤثرات العقلية لم يطبق الا منذ مارس ١٩٨٨، وبالتالي فمن المتوقع ان تقل عمليات تهريبه بسبب وجود قانون جديد ينص على عقوبات صارمة تجاه المتعاملين بهذه المخدرات(١).

(١) انظر: السريع، ح، ع. «مشكلة المخدرات بالكويت»، ندوة المخدرات، طرق الوقاية والعلاج، جامعة الكويت، مركز خدمة المجتمع والتعليم المستمر، ٤-٥ ابريل ١٩٨٩، ص٣٤ - ص٣٥.

ثالثاً

وتناول **تقرير لوزارة الداخلية** حول «المخدرات بالكويت» ليس فقط قضية تطور المشكلة من حيث التزايد او النقصان، وانما تناول التقرير ـ ايضا ـ العديد من ابعاد المشكلة مثل: نسبة مرتكبي جرائم المخدرات من حيث المواطنة وعدم المواطنة، وانواع جرائم المخدرات وطرق تهريبها، والجنس والفئات العمرية، والحالة المهنية، وانواع وكميات المخدرات المضبوطة، والحالة الاجتماعية للمتعاطين.

وبالنسبة **«لاتجاهات جرائم المخدرات»** يشير التقرير الى انه باستقراء الاحصائيات للأعوام من ١٩٨٥ الى ١٩٨٩، يتضح ان عام ١٩٨٦ كان من الاعوام الاكثر حدوثاً لجرائم المخدرات (٣٤٣)، ويلي ذلك عام ١٩٨٧ اذ بلغ مجموع هذه الجرائم (٣٢٣)، ويليه عام ١٩٨٨ ثم عام ١٩٨٥. ويلاحظ ان اقل الأعوام هو عام ١٩٨٩ اذ بلغ مجموع الاشخاص الذين تم القاء القبض عليهم بقضايا المخدرات (٢٠٤). وهذا يعني ان الاتجاه العام يميل نحو الانخفاض.

وحول **«جنسية مرتكبي جرائم المخدرات»** يذكر التقرير ان غير المواطنين (اي الوافدين) يتورطون بارتكاب جرائم المخدرات باعداد ليست قليلة. ويلاحظ من استقراء البيانات الاحصائية للأعوام الخمس التي تمتد من ١٩٨٥ إلى ١٩٨٩، ان جنسيات مرتكبي هذه الجرائم تزداد فيه نسبة غير المواطنين. ففي عام ١٩٨٦ كان عدد المواطنين ٩٢ وغير المواطنين ٢٥١. وفي عام ١٩٨٧ كانت نسبة المواطنين ٢٩,٧٪ وغير المواطنين ٧٠,٣٪. وفي عام ١٩٨٨ بلغت نسبة المواطنين ٥١٪ وغير المواطنين ٤٩٪. وفي عام ١٩٨٩ بلغت نسبة المواطنين ٤٦,٦٪ وغير المواطنين ٥٣,٤٪.

وفي شأن «**انواع جرائم المخدرات وطريق تهريبها**» فقد بلغ مجموع جرائم الجلب من عام ١٩٨٥ ـ ١٩٨٩ (١١٤) قضية، والاتجار (١٢٨)، اما التعاطي فقد بلغ المجموع الكلي (٨٦) قضية.

ومن جهة اخرى، فان ٥٢,٦٪ من المواد المخدرة المهربة ادخلت الى البلاد عن طريق الجو، في حين ادخلت النسبة الباقية اما عن طريق البر او البحر او طرق اخرى غير مبينة.

ويقرر التقرير بشأن «**الجنس والفئات العمرية**» ان نسبة الاناث لم تتجاوز ٦,٥٪ من مجموع جرائم المخدرات خلال الفترة الممتدة من عام ١٩٨٥ الى عام ١٩٨٩. وكانت اقل نسبة لهن هي في عام ١٩٨٩ اذ بلغ عددهن اربع اناث، اي ما نسبته ٢٪ من العدد الكلي للمتهمين وهو ٢٤٣.

ومن جهة اخرى، فقد كانت اكثر الفئات العمرية ارتكابا لجرائم المخدرات هي الفئة العمرية الممتدة من ٢٥ـ٣٠ سنة. اذ انها اكثر الفئات العمرية تكراراً خلال الاعوام الخمس الممتدة من ١٩٨٥ إلى ١٩٨٩، يليها الفئة العمرية ٣١ـ٣٦ سنة، وهو ما يتفق مع نسبة وجود هاتين الفئتين العمريتين في المجتمع. فالمجتمع الكويتي من المجتمعات الشابة، حيث تشكل الفئة العمرية ٢٥ـ٣٠ سنة القاعدة الهرمية للسكان. وهذا ويلاحظ ان نسبة الفئة العمرية ٢٥ـ٣٠ سنة قد بلغت ٣٥,٤٪ خلال تلك السنوات الخمس، بينما بلغت نسبة الفئة العمرية ٣١ـ٣٦ سنة ٢٩,٦٪. وتشكل هاتان الفئتان سوياً ما نسبته ٦٥٪ من المجموع الكلي للمتهمين وعددهم ١٢٠٤ متهم.

وبصدد «**الحالة المهنية**» يشير التقرير الى ان ٢١,٧٪ من مرتكبي جرائم المخدرات عام ١٩٨٥ هم من العمال غير المهرة. وهم يشكلون ـ ايضا ـ ما نسبته ٢٨,٣٪ خلال عام ١٩٨٦ ولم يتغير الحال خلال عامي ١٩٨٧،

١٩٨٨. وبلغت نسبتهم عام ١٩٨٩ ٢٣,٥٪ من مجموع مرتكبي هذه الجرائم.

ولا يبدو ان هناك علاقة احصائية بارزة تربط بين الوظائف والمهن الاخرى وبين نسبة ارتكابهم لجرائم المخدرات، باستثناء العاطلين عن العمل اذ يشكلون ما نسبته ١١,٢٪ من المجموع الكلي للمتهمين خلال تلك السنوات الخمس.

وبشأن «**الحالة الاجتماعية**» للمتهمين في جرائم المخدرات، يشير تقرير وزارة الداخلية الى انه يتبين من البيانات التي وفرتها ادارة مكافحة المخدرات والخمور الى ان هناك علاقة كبيرة بين الحالة الاجتماعية وتعاطي المخدرات بشتى انواعها المتوفرة في الكويت.

فالمتتبع لنسب المتعاطين للمخدرات في المجتمع يجد ان العدد الاكبر من المتعاطين يندرج تحت فئة المتزوج حيث لم تقل النسبة منذ عام ١٩٨٥ عن ٦٥٪ من اجمالي المتعاطين، في حين بلغت اعلى نسبة لغير المتزوجين ٢٨,٦٩٪ سنة ١٩٨٥، ولم يتجاوز المطلقون ٣,٤٪ من اجمالي المتعاطين.

ويمكن القول بصفة عامة ـ وفقاً لما جاء في تقرير وزارة الداخلية ـ ان المتزوجين يمثلون اكبر فئة متعاطية للمخدرات في المجتمع الكويتي، اذ بلغت نسبتهم ٧١,٧٪ عام ١٩٧٩، وكانت نسبة المتعاطين من فئة الاعزب خلال نفس السنة ٢٣,٥٢٪، بينما بلغت نسبة المتعاطين من فئة المطلق ٢,٤٥٪.

وفيما يتعلق «**بالمستوى التعليمي**». يشير التقرير الى وجود علاقة واضحة بين المستوى التعليمي والتعاطي. فالمتتبع لاحصاءات ادارة مكافحة المخدرات والخمور منذ عام ١٩٨٥ الى عام ١٩٨٩ يجد ان نسبة المتعاطين من فئة امي لم تزد عن ١٣,٤١٪ من اجمالي المتعاطين، كما لم تزد نسبة الجامعيين

عن ٧,٥٪، في حين يزداد تورط من ينتمون الى مستويات تعليمية ابتدائية ومتوسطة وثانوية.

ففي عام ١٩٨٥ بلغت نسبة المتعاطين للمخدرات من المستويات الابتدائية ١٧,٧٤٪ من اجمالي المتعاطين، في حين بلغت نسبة اصحاب المستويات المتوسطة لنفس تلك السنة ٢٥,١٪، اما من ينتمون الى المستوى التعليمي الثانوي فقد بلغت نسبتهم ٢٠٪ من مجموع المتعاطين.

ولم تختلف عن ذلك نسب المتعاطين وفقاً لمستوياتهم التعليمية خلال عام ١٩٨٩. فقد ظلت المستويات التعليمية الابتدائية والمتوسطة والثانوية ذات نسب عالية، مقارنة بالمستويات التعليمية الجامعية والمهنية والتي لم تتعدى ١٢,٥٪ من اجمالي نسب المتعاطين في جميع المستويات التعليمية بالمجتمع.

ويشير تقرير وزارة الداخلية في شأن **«انواع وكميات المخدرات المضبوطة»** الى ان هناك انواع محددة من المخدرات والمؤثرات العقلية يتم تداولها في المجتمع، ومن بينها الحشيش والماريجوانا والافيون والقات والهيروين وحبوب مثل الماندركس والدولكسين والفاليوم والكبتاجون.

فمنذ عام ١٩٨٥ الى عام ١٩٨٨ كانت هذه الانواع من المخدرات والمؤثرات العقلية هي الشائعة في المجتمع. وقد بلغت كمية المضبوط من الحشيش عام ١٩٨٥ حوالي ١٩ كيلوجراما، ومن الهيروين حوالي كيلوجرام واحد ونصف، ومن الافيون ٢ كيلوجرام، وبلغ عدد الحبوب المصادرة من الكبتاجون حوالي ١١٢٨٢٢ حبة، وحوالي ٢٥٤ من حبوب الفاليوم خلال نفس السنة.

وبلغت كمية المضبوطات من الحشيش خلال عام ١٩٨٨ حوالي ٨٤

كيلوجرام، من الهيروين ٤ كيلوجرام، ومن الافيون ٨ كيلوجرام. وبلغ عدد الحبوب المضبوطة المؤثرة على العقل حوالي ٨٤١٣٦٢٧ حبة معظمها من حبوب الكبتاجون حيث تم ضبط اكثر من ثمانية ملايين حبة.

ويشير التقرير الى انه يتضح من واقع هذه الارقام ان هناك زيادة مضطردة في كمية المخدرات والحبوب المضبوطة، وان ذلك قد يعود اما الى كفاءة اجهزة الامن، او الى زيادة فعلية في حجم مشكلة المخدرات بالكويت.

رابعاً

ومن بين الدراسات الميدانية القليلة التي اجريت في الكويت مستهدفة التعرف على الابعاد المختلفة لظاهرة الادمان على الكحوليات والمخدرات والعقاقير المؤثرة على العقل، والتي حاولت تحديد بعض العوامل المرتبطة بهذه الظاهرة، والتي قد تكون من مسبباتها، او على الاقل تتفاعل مع عوامل اخرى لتسهم في خلق حالة الادمان، الامر الذي يمكن ان يساعد بالتالي في التخطيط للأساليب الوقائية والبنائية لمواجهة هذه الظاهرة والتخفف من حدة ظهورها وانتشارها... نقول من بين مثل هذه الدراسات سوف نورد فيما يلي تفصيلاً لواحد من البحوث التي اجريت في المجتمع الكويتي والتي استمدت مادتها من مرضى القسم الداخلي بمستشفى الطب النفسي بالكويت[1].

وبالرغم من ان هذه الدراسة تناولت المرض المدمنين بالاقسام الداخلية لمستشفى الطب النفسي خلال الاعوام ١٩٧٧، ١٩٧٨، ١٩٨٠ الا انها تعكس بالتأكيد الطبيعة الخاصة لمشكلة الادمان والعوامل المختلفة المرتبطة بحدوثها.

فهي دراسة لم تتناول قضية تطور المشكلة من حيث حجم إنتشارها بالتزايد او التناقض او الثبات. كما لم تتناول التغيرات التي يمكن ان تطرأ على نوعية المخدرات والكحوليات التي يقبل عليها المدمنون. بمعنى ان هذه الدراسة ابتعدت بدرجة ما عن تناول الابعاد المختلفة التي يمكن ان تتأثر

---

(١) انظر: «دراسة استطلاعية لتخطيط بعض المتغيرات في مشكلة الادمان»، د/عزت سيد اسماعيل، بحث قدم في ندوة «المسكرات والمخدرات وعلاجها»، الامانة العامة لمجلس وزارة الصحة للدول العربية في الخليج، الكويت، ١١-١٣ فبراير ١٩٨٤.

وتتغير من سنة الى اخرى. ولهذا فان هذه الدراسة بالرغم من انقضاء بضع سنوات على اجرائها، الا انها تعكس بلا شك الابعاد الاخرى المختلفة المتداخلة في هذه الظاهرة، والتي لا تتغير - في اغلب الاحيان - تغيراً جوهرياً مع مضي السنين.

دراسة استطلاعية لتخطيط بعض

المتغيرات في مشكلة الادمان بالكويت

· مقدمة:

قضية الادمان بمختلف صوره ـ سواء الادمان على الكحول او العقاقير او المخدرات ـ من القضايا التي لم يتم حسمها بعد بشكل قاطع سواء على المستوى العلّي او المستوى الوقائي. فالعوامل العلّية (السببية) Aetiology في الادمان لا زالت غامضة الى حد كبير، والأساليب العلاجية لم تتضح تماما بعد، وعادة ما يكون مآل المرض (النذر) Prognosis سيء في كثير من الحالات (Baasher, and El Fawal, 1981); (Panyard et al, 1973).

وهي قضية ذات ابعاد متعددة متشعبة قد نستطيع تحديدها بشكل تخطيطي في ثلاث قطاعات هي: الفرد نفسه، ونوعية المادة التي يتم الادمان عليها، والظروف البيئية التي تعمل على الجمع بين هذين البعدين.

ومع ذلك، فان المشكلة ليست بمثل هذا التبسيط، فأي بعد من هذه الابعاد هو في حد ذاته نتاج نسيج متشابك من العوامل التي ينبغي استيعابها والتعرف عليها. بل ان الموقف ايضاً اعقد من هذا بكثير طالما ان مشكلة الادمان تختلف من حيث مضمونها من مجتمع الى آخر. بل ان هذا التباين والاختلاف يمتد في اطار الحضارة الواحدة وداخل المجتمع الواحد، وذلك عندما تتشكل بعض الحضارات الواحدة في داخلها من مجموعة من المجتمعات ذات الظروف والخصائص المتباينة (Battegay et al, 1975) ، (Fox 1968).

ومن جهة اخرى، فان العديد من المجتمعات تفتقر الى دراسات واحصاءات ميدانية تسهم في الكشف عن الطبيعة الخاصة للمشكلة، مثل معدلات الانتشار Prevelance، ومعدلات الحدوث Incidence، وخصائص المعتادين على مواد الادمان سواء الكحول او العقاقير او المخدرات مثل: مستويات العمر والتعليم والمهن والمستوى الاقتصادي والطبقة الاجتماعية والظروف الاسرية بما في ذلك التاريخ الشخصي والتاريخ الاسري، وغير ذلك من عوامل يمكن ان تخدم كمؤشرات تفيد في صياغة الصورة العامة لكل ما هو متعلق بمشكلة الادمان، الامر الذي يمكنه ان يسهم في تخطيط الاساليب الوقائية على اسس علمية مدروسة (Harford، 1981).

هدف البحث

يمثل هذا البحث محاولة لتخطيط بعض المتغيرات المحيطة بمشكلة الادمان، فهو يستهدف التعرف على صورة تخطيطية للمعتادين على تعاطي مواد الادمان، سواء من حيث العمر والمستوى التعليمي والاقتصادي والمهني والظروف الاسرية والبيئة التي ينتمون اليها. وكذلك التعرف على انماط التعاطي من حيث نوع المادة التي تم الاعتياد عليها، واسلوب التعاطي، وكمية المادة المتعاطاة، وسن بدء التعاطي، والكيفية التي بدأ التعاطي بها، والزمن الذي استغرقه التعاطي الى حين ظهور الاعراض المرضية للادمان، وغير ذلك من مؤشرات يمكن ان تصبح ذات قيمة في رسم صورة تخطيطية للعديد من ابعاد مشكلة الادمان.

عينة البحث

تتشكل عينة البحث من ٦٩ حالة من مرضى القسم الداخلي بمستشفى

الطب النفسي بالكويت، والذين شخصت حالاتهم باعتبارهم مدمنين على الكحول او العقاقير او كليهما. وفي واقع الامر فان أفراد هذه العينة ينتمون الى ثلاث عينات منفصلة. تتكون العينة الاولى من ١٦ مريضاً، والثانية من ٢٦ مريضا، والثالثة من ٢٧ مريضا، من مرضى القسم الداخلي للمستشفى خلال الاعوام: ١٩٧٧، ١٩٧٨، ١٩٨٠ على التوالي.

ادوات البحث

اعتمد البحث اساساً على المقابلة الاكلنيكية كأداة للتعرف على التساؤلات التي يثيرها هذا البحث، كما اعتمد ايضاً على البحث الاجتماعي لاستكمال الصورة حول بعض هذه التساؤلات.

نتائج البحث

العمر

أ ـ العينة الاولى

المتوسط الحسابي لأعمار هذه العينة هو ٢٤,٧٥ سنة بانحراف معياري قدره ٥,٨٧. ويتراوح مدى اعمار هذه الفئة ما بين ١٨ سنة واقل من ٣٨ سنة. والمرضى من افراد هذه العينة الذين تقع اعمارهم ما بين ١٨ سنة واقل من ٢٢ سنة يشكلون ٥٥٪ من مجموع افراد العينة، ومن تقع اعمارهم ما بين ١٨ سنة واقل من ٣٤ سنة يشكلون ٧٨,٥٪ من مجموع الحالات (جدول رقم ١).

ب ـ العينة الثانية

المتوسط الحسابي لاعمار هذه العينة هو ٢٩,٥٤ سنة بانحراف معياري قدره ٦,٧. والمرضى الذين تقع اعمارهم ما بين ١٨ سنة واقل من ٣٣ سنة يمثلون ٦٩,٢٪ من مجموع افراد العينة. ويتراوح مدى اعمار هذه العينة الثانية ما بين ١٨ سنة واقل من ٤٣ سنة (جدول رقم ١).

جـ ـ العينة الثالثة:

المتوسط الحسابي لأعمار هذه العينة هو ٣٣,٢٦ سنة بانحراف معياري قدره ١٠,٩٤. ويتراوح مدى اعمار هذه الفئة ما بين ١٨ سنة واقل من ٦٦ سنة. ويمثل المرضى الذين تقع اعمارهم ما بين ١٨ واقل من ٥٠ سنة ٩٢,٦٪ من مجموع افراد العينة. والمرضى الذين تقع اعمارهم ما بين ١٨ سنة واقل من ٤٢ سنة يمثلون ٧٧,٧٪ من مجموع العينة. ومن هم بين سن ١٨ سنة واقل من ٣٤ سنة يمثلون ٥٩,٢٪ من مجموع الحالات (جدول رقم١) .

المستوى التعليمي

أ ـ العينة الاولى

بالنسبة لأفراد هذه العينة فان ٢٥٪ من المجموع الكلي لها لم يتموا المرحلة الابتدائية، ٦٢,٥٪ لم يستكملوا دراستهم في المرحلة المتوسطة. وبهذا يمكن القول بأن ٨٧,٥٪ من مجموع افراد العينة يقع المستوى التعليمي لهم دون مستوى اتمام المرحلة المتوسطة. وباقي افراد العينة وتبلغ نسبتهم ١٢,٥٪ يقع المستوى التعليمي لهم فيما بعد المرحلة المتوسطة (جدول رقم ٢، جدول رقم ٣).

ب ـــ العينة الثانية

تبلغ نسبة من لم يتموا الدراسة الابتدائية من افراد هذه العينة ٣٠,٧٧٪، ومن لم يتموا المرحلة المتوسطة ٥٠٪. وهو يعني ان ٨٠,٧٧٪ من افراد العينة غير حاصلين على شهادة اتمام المرحلة المتوسطة. ونجد ان ١٩,٢٣٪ قد درسوا في المرحلة الثانوية الا انهم لم يستكملوا دراستهم، اي لم يحصلوا على شهادة اتمام المرحلة الثانوية (جدول رقم ٢، جدول رقم ٣).

جـ ـــ العينة الثالثة

تشير الاحصاءات الى ان ٢٥,٩٣٪ من مجموعة افراد هذه العينة لم يتموا التعليم الابتدائي، ٥٩,٢٦٪ لم ينهوا المرحلة المتوسطة، وبهذا يمكن القول بأن ٨٥,١٩٪ من مجموع الحالات غير حاصلين على شهادة اتمام الدراسة للمرحلة المتوسطة، وان ١٤,٨١٪ يقع مستواهم التعليمي فيما بعد مرحلة التعليم المتوسط (جدول رقم ٢، جدول رقم ٣).

وبالنسبة للمجموع الكلي للعينات الثلاث معا، فان من لم يتموا المرحلة الابتدائية تبلغ نسبتهم ٢٧,٥٤٪. ومن لم يتموا المرحلة المتوسطة، تبلغ نسبتهم ٥٦,٥٢٪. وبهذا تكون نسبة من هم دون المرحلة المتوسطة ٨٤,٠٦٪، بينما تبلغ نسبة من يقع مستواهم ما بعد المرحلة المتوسطة ١٥,٩٤٪ (جدول رقم ٤، جدول رقم ٥).

الحالة الاجتماعية

البيانات المتوفرة بالنسبة للحالة الاجتماعية لأفراد البحث قاصرة على العينة الثالثة فقط، ومن بين مجموع افراد هذه العينة نجد ان ٢٤,٤٤٪ اعزب،

٣٧,٤٪ متزوج، ١٨,٥٪ مطلق. وبهذا يمكن القول بأنه من بين حالات الزواج البالغ نسبتهم ٥٥,٥٦٪ هناك ٣٣,٣٣٪ من حالات الطلاق (جدول رقم ٦).

الظروف السكنية

تكشف العينة الثالثة عن ان ٤٨,١٥٪ من مجموع افراد العينة الثالثة يقيمون في بيوت ذوي الدخل المحدود، ٢٢,٢٢٪ يقيمون في فيلات، ١٨,٥٢٪ يقيمون في مسكن (شقة بالايجار)، ١١,١١٪ يقيمون في بيت عربي (جدول رقم ٩).

التاريخ الاسري

أ ـ العينة الاولى

٦٢,٥٠٪ من افراد العينة لهم تاريخ اسري سلبي[1]، ٣٧,٥٠٪ التاريخ الاسري لهم ايجابي (جدول رقم ١٠).

ب ـ العينة الثانية

٥٧,٦٩٪ من افراد العينة تاريخهم الاسري سلبي، ٤٢,٣١٪ تاريخهم الاسري ايجابي (جدول رقم ١١).

(١) المقصود بالتاريخ الاسري هنا السلبي أو الايجابي هو وجود او عدم وجود صور من الاضطرابات العقلية او النفسية او الصرع او التخلف العقلي او اضطرابات الشخصية والسلوك (بما في ذلك الادمان) بين اقارب المريض من الدرجة الأولى.

ج ـ العينة الثالثة

وقد درس التاريخ الاسري لافراد العينة الثالثة من وجهة وجود افراد آخرين من اقارب المدمنين ـ من الدرجة الاولى ـ لهم تاريخ من الادمان فقط. وقد تبين ان ٣٣,٣٣٪ من افراد العينة لهم اقارب من الدرجة الاولى مدمنين، اي ان تاريخهم الاسرى ايجابي بالنسبة لظاهرة الادمان فقط (جدول رقم ١٠).

ظروف اسرية خاصة

اولاً: تشير العينة الثالثة الى انه من بين حالات المرضى المتزوجين البالغ مجموعهم ١٥ حالة، فان نسبة الطلاق تبلغ ٣٣,٣٣٪ (جدول رقم ٦). وان هناك ٦٠٪ من المرضى المتزوجين قد تزوجوا مرة واحدة، بينما نجد ان ٤٠٪ منهم قد تزوجوا اكثر من مرة (جدول رقم ٧).

ثانياً: ومن حيث الترتيب بين الاخوة والاخوات، فان هناك ١١,٥٪ يمثلون الطفل الوحيد، ٥٠٪ يمثلون الطفل الأول.

بعبارة اخرى، يمكن القول بأن ٦١,٥٪ من مجموع افراد العينة يمثلون وضعاً اسرياً خاصا من حيث الترتيب بين الاخوة والاخوات وفقاً لبيانات العينة الثانية (جدول رقم ١٢).

ثالثاً: كما تكشف العينة الثانية ايضاً عن ان ٥٧,٧٪ من مجموع افراد العينة يمثلون ظروفاً اسرية خاصة. بمعنى ان المريض قد نشأ في ظل ظروف قد توفي فيها احد الآباء او كليهما خلال مرحلة طفولته المبكرة. او ان المريض نشأ في اسرة مفككة بسبب طلاق الآباء منذ طفولته المبكرة، وقامت برعايته زوجة اب او زوج ام او الجدة (جدول رقم ١١).

نوعية مادة الادمان

أ ـ العينة الاولى

٣١,٢٥٪ يدمنون على المشروبات الكحولية، ٦٨,٧٥٪ يدمنون على الكحول بالاضافة الى العقاقير و/أو المخدرات و/أو الكولونيا و/أو استنشاق البنزين (جدول رقم ١٥).

ب ـ العينة الثانية

٥٣,٨٥٪ يدمنون مشروبات كحولية، ٤٦,١٥٪ يدمنون على الكحول بالاضافة الى العقاقير و/او المخدرات و/او الكولونيا و/او ادوية الكحة و/او الفانيليا (جدول رقم ١٥).

جـ ـ العينة الثالثة

٦٢,٩٦٪ مشروبات كحولية، ٣٣,٣٤٪ يدمنون على المشروبات الكحولية و/او العقاقير و/او المخدرات و/او الكولونيا. وهناك ٣,٧٪ يستنشقون البنزين فقط (جدول رقم ١٥).

اسلوب تعاطي المادة المستخدمة في الادمان

تكشف العينة الثالثة عن ان ٥٩,٢٦٪ يتعاطون مواد الادمان بمفردهم، ٢٢,٢٢٪ مع الاصدقاء، ١٨,٥٢٪ مع الاصدقاء ومفردهم (جدول رقم ١٩).

مستوى العمر عند بدء التعاطي

بدأ ٣٧٪ من مجموع افراد العينة الثالثة التعاطي عند المرحلة العمرية ما بين ١٢ سنة واقل من ١٦ سنة. وبدأ ٧٠,٤٪ التعاطي عند المرحلة الممتدة من سن ١٢ سنة واقل من ٢٠ سنة، وان ٨٨,٩٪ قد بدأوا التعاطي ما بين سن ١٢ سنة واقل من ٢٤ سنة (جدول رقم ١٣).

سنوات الاستمرار في التعاطي

تشير العينة الثالثة الى ان ١٤ حالة يتعاطون مادة الادمان لمدة تتراوح ما بين ٦ سنوات واقل من ١٠ سنوات. وان ٤ حالات يتعاطون مادة الادمان لمدة تبلغ من ١٠ سنوات واقل من ١٤ سنة. وهناك ٩ حالات يتعاطون مادة لمدة تزيد عن ١٤ سنة (جدول رقم ١٤).

السنوات اللازمة لظهور الاعراض المرضية وبدء العلاج لأول مرة

يتضح من واقع العينة الثالثة ان المتوسط الحسابي للسنوات التي استمر المريض خلالها في تعاطي مادة الادمان الى حين ظهور الاعراض المرضية واللجوء الى العلاج لأول مرة هو ١٠,٢٢ سنة بانحراف معياري قدره ٩,١٦ (جدول رقم ١٤).

عدد مرات دخول مستشفى الطب النفسي بالكويت

يتفاوت عدد مرات دخول المستشفى من مرة واحدة الى اكثر من احد

عشر مرة بمتوسط حسابي قدره ٤,٦٧ مرة وانحراف معياري قدره ٢,٩٣.
وان ٥٩,٢٦٪ من مجموع المرض قد دخلوا المستشفى ثلاث مرات فأكثر،
وان ٤٠,٧٤٪ دخلوا المستشفى مرة واحدة او مرتين.

جهة التحويل للمستشفى

تقدم ٥١,٨٥٪ من افراد العينة الثالثة للعلاج بالمستشفى بأنفسهم،
٢٩,٦٣٪ محولين من قبل الشرطة بسبب ارتكاب حوادث مرورية او
الوجود في الطريق العام بحالة سكر، ١٤,٨٪ محولين بواسطة أقاربهم،
٣,٧٪ محولين من مستشفى عام (جدول رقم ٢١).

التدخين

تكشف العينة الاولى عن ان ١٨,٧٥٪ من الحالات يدخنون بمعدل ٢٠
سيجارة يوميا، وان ٥٠٪ يدخنون بمعدل ٤٠ سيجارة يوميا، ٢٥٪ يدخنون
بمعدل ٦٠ سيجارة يوميا، ٦,٢٥٪ يدخنون بمعدل ٨٠ سيجارة يوميا. وان
المتوسط الحسابي لعدد السجائر التي يدخنها افراد العينة هو ٤٠,١٩ سيجارة
يوميا بانحراف معياري قدره ٠,٨١ (جدول رقم ٢٠).

النقاش

أولا :

الادمان والعمر

المرضى المعتمدين على الكحول بمفرده، او على الكحول والعقاقير والمخدرات من افراد عينات البحث الثلاث من نزلاء مستشفى الطب النفسي بالكويت يقع معظمهم في المدى العمري الذي يمثل مرحلتي المراهقة واواسط العمر. اذ ان ٨٧،٥٪ من مجموع حالات العينة الاولى يقعون في المدى العمري ما بين ١٨ سنة واقل من ٣٤ سنة. وبالنسبة للعينة الثانية نجد ان ٦٩،٢٪ يقعون في المدى العمري ما بين ١٨ سنة واقل من ٣٣ سنة. وفي العينة الثالثة فان ٥٩،٢٪ تمتد مستويات اعمارهم ما بين ١٨ سنة وأقل من ٣٤ سنة.

ومما لا شك فيه ان هذه الفترة من العمر تمثل مرحلة تشكيل المرء علميا ومهنيا ودخوله حياة المجتمع وتكوينه وحدة اسرية جديدة. وانتماء المرضى المدمنين الى هذه المرحلة من العمر يعني - بلا شك - فشلهم وعدم قدرتهم على الوفاء بالتزامات هذه المرحلة، أي فشلهم في حياتهم التعليمية والمهنية وحياة الاسرة، الامر الذي يخرجهم كطاقات منتجة في المجتمع، بل ويجعلهم يشكلون عبئا على اسرهم وعلى المجتمع.

بل ان المشكلة اخطر من هذا، لانه اذا كانت اعمار غالبية المرضى المدمنين من افراد عينة البحث تمتد من ١٨ سنة الى اقل من ٣٤ سنة، فان هذا لا يعني ان مشكلة التعاطي تبدأ عند سن ١٨ سنة. وفي هذا الصدد، نجد ان ٨٨،٩٪ من افراد العينة الثالثة قد بدؤا التعاطي ما بين سن ١٢ سنة

واقل من ٢٠ سنة. أي ان المشكلة تبدأ حتى قبل الدخول الفعلي في مرحلة المراهقة.

والبدء المبكر في تعاطي الكحول والعقاقير وكذلك التدخين يراه البعض انه يحمل معه نذرا سيئة بافتراض انه كلما بدأ التعاطي في سن مبكرة كلما اخذت عملية الاشرط الادائي او الاجرائي Operant conditioning طريقها الى الوجود (Wilker, 1965). ولعل هذا يفسر كيف ان اولئك الذين يبدؤن تعاطي الكحول والعقاقير والتدخين في سن مبكر تتزايد احتمالات تعرضهم لمخاطر الانتماء الى اكبر فئة مستهلكة لهذه المواد (Battegary et al,1975).

وعند مقارنة نتائج هذا البحث من حيث اعمار المدمنين بنتائج بعض الدراسات الاخرى التي اجريت في بعض المجتمعات الغربية للتعرف على اوجه التماثل والتباين فيما يتعلق بابعاد مشكلة الادمان، فاننا نجد - مثلا - انه في احدى الدراسات التي اجريت في ديترويت بالولايات المتحدة الامريكية، كانت أكبر نسبة من الاشخاص الذين تم القبض عليهم بسبب خرقهم لقوانين المخدرات تقع ما بين سن ١٧.، ٢٠ سنة خلال عام ١٩٧١. وان الغالبية العظمى من مرضى مراكز علاج المدمنين في ديترويت هم من صغار السن (Panyard et al, 1973) وفي هذا الصدد فان « بانيارد» يقرر بان معظم المدمنين يبدؤن التعاطي خلال مرحلة المراهقة، وان الاقبال على العقاقير في هذه المرحلة من العمر يمكن ان يكون صورة دفاعية ضد القلق، بدلا من تعلم اساليب سوية لمواجهة مشكلات المراهقة.

وبهذا يمكن القول بأن الموقف في الولايات المتحدة قد يختلف عنه في الكويت من وجهة ان المدمنين على العقاقير في الولايات المتحدة هم عادة اصغر سنا من المدمنين على الكحول. اذ تنتمي الفئة الاولى - أي المدمنين على العقاقير - في الولايات المتحدة الى مرحلتي المراهقة وصغار الراشدين،

في حين تكون اعمار الفئة الثانية أي الكحوليين الامريكيين متراوحة ما بين ٣٥ سنة فما فوق.

ويمكن تفسير هذه الفروق ـ في جزء منه ـ بأنها نتاج لعوامل نفسية خاصة بشخصية المدمن، وللخصائص العقاقيرية لمادة الادمان. كما يمكن ان تعزى ـ اساسا ـ الى واقع ان تعاطي الكحول في المجتمعات الغربية هو امر مقبول اجتماعيا، كما يتيح تعاطيه القوانين بالنسبة للراشدين. بل ان جانبا من اقتصاديات بعض الدول الغربية يعتمد على تصريف المشروبات الكحولية باعتبارها صناعة يشتغل بها قطاع لا بأس به من المجتمع الغربي، ويشترك فيه قطاع الزراعة الذي يعتمد في جزء منه على تصريف منتجاته مثل الكروم لاستخدامها في اغراض هذه الصناعة. بينما نجد ان المخدرات والعقاقير لا زالت مرتبطة بالطبقة الدنيا وبالسلوك غير المقبول وبالخروج على القانون (Schur, 1965).

بعبارة اخرى، يمكن القول بأنه في بعض المجتمعات الغربية فان صغار السن يدمنون على العقاقير سواء من مشتقات الافيون او من غير مشتقات الافيون، في حين ان الراشدين في المجتمعات الغربية يدمنون اكثر ما يدمنون على الكحول. وان اوضح الفروق ما بين الكحوليين والمدمنين على العقاقير هو العمر. اذ تشير بعض الدراسات التي اجريت في بعض المجتمعات الغربية الى ان متوسط عمر الكحوليين هو ٣٩و١ سنة، وان متوسط العقاقيريين هو ٢٤و١١ سنة (Spieker,1973).

ويبدو ان هناك قدر من التماثل بين بعض نتائج البحوث السابق الاشارة اليها والخاصة بمتوسط اعمار الكحوليين والعقاقيريين، وبين نتائج البحث الذي بين ايدينا، وان كان هذا التماثل يصاحبه ايضا نوع من التباين. اذ نجد في العينة الثالثة ان المتوسط الحسابي لاعمار الكحوليين هو ٣٨،٢٨ سنة

بانحراف معياري قدره ١٠٫٨٢ وان متوسط اعمار من يدمنون على الكحول والمخدرات ولعقاقير هو ٢٣ سنة بانحراف معياري ٤,٦٢، وهي مستويات من الاعمار تمكننا من تصنيف حالات البحث الى فئتين عمريتين. الاولى الراشدين الكبار وهم يتعاطون اساسا المشروبات الكحولية فحسب، والثانية ـ وهم الاصغر سنا ـ يتعاطون المشروبات الكحولية والعقاقير والمخدرات. ومع ذلك، فان التباين هنا واضح ايضا من وجهة ان هذه المجموعة الثانية لا ينتمون الى فئة من يقتصرون على تناول العقاقير فحسب، وانما هم فئة يمثلون نمط الاستخدام المتعدد للعقاقير Polydrug addicts وهي قضية سوف نتناولها في ما بعد.

وفي الواقع، فان الدراسات في المجتمعات الغربية تشير الى انه لا يكون نمط التعاطي في كل الاحوال بهذه الصورة، أي ان يقبل الكبار على الكحول والصغار على العقاقير. فقد تتدخل ظروف معينة غالبا ما تكون متعلقة بالمجتمع وبتوفير المادة التي يعتادها المرء. ومن نماذج ذلك ما تبين في احدى الدراسات التي اجريت في تشيكو سلوفاكيا حيث وجد ان طلبة الجامعات في براج يفرطون في تعاطي الكحول ويدخنون بشراهة ويتناولون كميات كبيرة من القهوة، الا انهم يتعاطون المهدئات والمنومات بدرجة أقل (Kvapilik, 1970).

وفي دراسة اجريت في بولندة تبين ان الاعراض الاولى لسوء التكيف الاجتماعي لتلاميذ المرحلة المتوسطة مرتبطة ببدء تعاطي المشروبات الكحولية. وان الصغار الذين يعانون من سوء التوافق يميلون الى تشكيل جماعات من الرفاق يكون لقاؤهم مصحوب بتعاطي الكحول (Ostrihanska, 1970).

وفي السبعينيات عندما تزايد انزعاج المربين حول شيوع استخدام العقاقير بين طلبة الجامعات في الولايات المتحدة، قامت عدة دراسات في هذا

الصدد وقد تبين انه بالرغم من استخدام طلبة الجامعات لعقاقير الهلوسة والماريجوانا، الا ان المشروبات الكحولية كانت لها السيادة بينهم، الامر الذي ادى الى التحقق من وجود مشكلة الادمان الكحولي لدى هؤلاء الطلبة وليس ـ اساسا ـ مشكلة الادمان العقاقيري (Enge, 1982).

ثانيا :

المستوى التعليمي

مما سبق يتضح ان السن عند بدء التعاطي يتراوح بين ١٢ سنة واقل من ٢٠ سنة، وذلك بالنسبة للغالبية العظمى من حالات العينة الثالثة. وأشرنا الى ان بدء التعاطي في الاعمار المبكرة يؤدي الى نذر سيئة بسبب قيام ظاهرة الاشراط الادائي او الاجرائي، كما يؤدي الى اعاقة عملية التعليم والدخول في مهنة.

وبالفعل نجد ان الغالبية العظمى من جميع حالات العينات الثلاث وتبلغ نسبتهم المئوية ٦.و٨٤٪ لم يستكملوا المرحلة المتوسطة من التعليم، ولم يتعدوا السنة الثانية او الثالثة من المرحلة المتوسطة. وان من بين الحالات جميعها، حالة واحدة فقط اتم التعليم الجامعي، وحالة اخرى لازال متعثرا في تعليمه الجامعي.

وفي هذا الصدد، فاننا نشير الى الاتجاه القائل بأن لدى الكثيرين من المرضى المدمنين خبرة ضئيلة بالنجاح. فالغالبية العظمى منهم قد فشلوا في الدراسة والعمل وفي اقامة علاقات طيبة مع الأخرين. وان الفشل قد اصبح بالنسبة للكثيرين منهم اسلوبا مقبولا للحياة. وان القصور في النجاح غالبا ما يؤدي الى الخوف من النجاح، باعتبار ان النجاح يفرض مسئوليات اضافية.

ويصبح من المواقف المثيرة للذعر ان يكون الانسان ناجحا لانه سوف يضطر حينئذ الى مواجهة هذه المسئوليات (Panyard,1973).

بعبارة اخرى، يمكن القول بأن المدمن يتجنب الفشل من خلال تجنب النجاح، وفي هذا الصدد فان المدمنين يكشفون في الاغلب عن مشاعر بعدم القيمة وقلة الحيلة وانخفاض في تقدير الذات.

وبصدد قضية الفشل، تكون الاستجابة السوية الصحية للاحباط هي مواجهة المشكلات ومحاولة حلها وايجاد طرائق بديلة لتحقيق الاهداف. الا ان المدمنين عادة ما يكونوا غير قادرين على تحمل اي قدر ضئيل من الاحباط. وهم غالبا ما يستجيبون بشكل انفعالي عن ان يستجيبوا بشكل منطقي بناء. ومن ثم فانهم غالبا ما ينشدون الحصول على ما يريدون وقتما يشاؤون. كما يفتقدون القدرة على تأجيل الاشباع، ولهذا يقوم سلوكهم على الاشباع المباشر.

على ان مثل هذا التفسير القائم في جزء منه على اتجاه تحليلي قد لا يكفي بمفرده لتفسير الموقف. بل ان من الخطأ في كثير من الاحيان ان نعمد عند تفسير ظاهرة من الظواهر الى ارجاعها لعامل واحد بمفرده. وعلى هذا، وبصدد ظاهرة الفشل الدراسي هنا، فان الامر قد يكون انعكاسا لبداية حالة من الانحراف في صورها المختلفة. والتي من بينها الاتجاه الى تعاطي مواد الادمان. وقد يكون ذلك الفشل نتاجا للانتماء الى ظروف بيئية معينة، مثل الانتماء الى طبقة اجتماعية واقتصادية دنيا. او قد يكون بسبب ظروف اسرية معينة لا تعمل على تهيئة المناخ الملائم لاستمرار الحدث في حياته التعليمية بنجاح. وفي هذا الصدد، تشير بعض الدراسات (Papanek, 1973) الي قيام حلقة مفرغة من غياب الاب عن المنزل خلال مرحلة طفولة الابن، مما يؤدي إلى فشل دراسي، متبوعا بتعاطي

مواد الادمان، مؤديا الى حالة من شبه البطالة، تنتهي الى صورة اسرية مفككة اخرى.

ثالثا :

الحالة الاجتماعية

يتضح من واقع العينة الثالثة ان ٤٤،٤٤٪ من مجموع افراد هذه العينة ينتمون الى فئة الاعزب، وان ٣٧،٠٤٪ متزوج، والباقي ويمثلون ١٨،٥٢ مطلق. الا ان ارتفاع نسبة غير المتزوجين لا يعني اساسا ارتفاع نسبة هذه الفئة بين المدمنين. اذ ان الغالبية العظمى من الافراد غير المتزوجين في هذه العينة ينتمون الى الفئة العمرية الممتدة من ١٨ سنة وأقل من ٢٦ سنة.

وهناك ظاهرتان تسترعيان النظر هنا. وتتمثل الظاهرة الاولى في ارتفاع نسبة الطلاق بين المتزوجين من افراد هذه العينة. اذ تبلغ هذه النسبة ٣٣و٣٣٪ من مجمل حالات الزواج. بمعنى انه يمكن القول بوجود حالة طلاق من بين كل ثلاث حالات زواج. وان حالات الطلاق تصل ذروتها في الفئة العمرية الواقعة بين ٣٤ سنة وأقل من ٤٢ سنة.

وتتلخص الظاهرة الثانية في شيوع حالات الزواج بأكثر من واحدة. اذ تبلغ النسبة المئوية لحالات الزواج مرة واحدة ٦٠٪، بينما تبلغ النسبة المئوية للحالات التي تزوجت اكثر من مرة واحدة ٤٠٪، بحيث يمكن القول - بصفة عامة - بشيوع حالات الطلاق وكذلك الزواج اكثر من مرة بين هؤلاء المرضى المدمنين.

وفي الواقع، فان هناك اتجاه للقول بأن الادمان الكحولي - بصفة خاصة -

مصحوب عادة بتفكك أسري. وان الافراط في الشراب غالبا ما يشار اليه كسبب مؤدي للطلاق والانفصال. على ان الدراسات (Papanek, 1973) التي تشير الى ارتفاع معدلات الاسر المفككة بين الكحوليين لا يمكنها ان تحدد ما اذا كان الادمان الكحولي قد بدأ عقب الطلاق او الانفصال، أم ان الادمان الكحولي هو السبب في التفكك الاسري.

ومع ذلك، فلا بد من ان ندرك ان حالات الطلاق بين المدمنين يمكن ان يكون مرجعها ليس فقط الى تدهور سلوك المدمن وتأثر مستواه الاقتصادي وسوء معاملته لاسرته، وانما ايضا الى ما هو معروف وثابت من تأثير الادمان على المخدرات والعقاقير المؤثرة على العقل بصفة عامة والكحول بصفة خاصة على الكفاية الجنسية للرجل تصل الى حد الفشل. وان هذا العامل من الفشل الجنسي هو في الاغلب احد الاسباب الهامة ـ وان لم تكن المعلنة ـ لارتفاع معدلات الطلاق بين المتزوجين من المدمنين.

رابعا :

التاريخ الشخصي والاسري

يشيع بين الاقارب من الدرجة الاولى لافراد العينتين الاولى والثانية ظهور صور مختلفة من الاضطرابات النفسية والعقلية اذ تبلغ نسبة التاريخ الايجابي بين اقارب هذه الحالات ٣٧,٥٪ في العينة الاولى، ٤٢,٣١٪ في العينة الثانية.

كما تكشف العينة الثالثة ايضا عن وجود افرادآخرين مدمنين من الاقارب من الدرجة الاولى لهذه العينة. اذ ان ٣٣,٣٣٪ من افراد هذه العينة لهم اقارب من المدمنين بمعنى انه من بين كل ثلاث حالات من افراد العينة هناك حالة له أقارب من المدمنين.

وفي هذا الصدد تشير بعض الدراسات (Harford, 1981) الى ان اليافعين يبدؤن في التعرف على المشروبات الكحولية بالمنزل في حضور الأباء. وان احدى وسائل التنبوء بعادات تعاطي اليافعين انما تشتق من نمط سلوك الراشدين فالنقاء أو التعفف من جانب الأباء، غالبا ما يؤدي الى النقاء او التعفف عند اطفالهم والعكس صحيح، ومع ذلك، فان هذا الرأي يتضمن نوعا من التطرف لانه يفترض ان الأباء المدمنين ينجبون بالضرورة ابناء مدمنين من خلال عملية التعلم التي تأخذ طريقها اثناء عملية التنشئة الاجتماعية. الا ان مثل هذا الرأي فيه قدر كبير من التبسيط لانه يقدم سببا واحدا بمفرده لتفسير ظاهرة الادمان.

وعلى اية حال، فانه يمكن دمج النتيجتين السابقتين التي انتهى اليهما البحث في نتيجة واحدة تتلخص في شيوع التاريخ الايجابي من الاضطرابات العقلية والنفسية والصرع والتخلف العقلي واضطرابات الشخصية والسلوك بين أقارب المدمنين، الامر الذي قد يثير التساؤل حول احتمال قيام دور فعال للاستعداد الوراثي وهي قضية لم يتم حسمها بعد.

وهناك ظاهرة اخرى هامة كشفت عنها العينة الاولى، مؤداها ان ٥٧,٦٩٪ من افراد العينة قد عاشوا منذ طفولتهم الاولى في ظروف اسرية خاصة، قد تكون في صورة وفاة أحد الآباء او كليهما او انفصال الآباء وقيام آخرين بالاشراف على عملية التنشئة الاجتماعية للطفل. وهذه الظاهرة يمكن ان تعتبر مؤشرا على قيام حالة من التفكك الاسري يمكن ان تسهم كثيرا في خلق صنور من انحرافات السلوك، والتي من بينها الاعتياد على تعاطي المشروبات الكحولية والمخدرات والعقاقير المؤثرة في العقل.

ولقد كشفت بعض الدراسات التي أجريت في المجتمع السويسري (Battegay et al,1975) عن ان الظروف الاسرية الخاصة مثل الانفصال او الطلاق او وفاة احد الآباء منذ الطفولة الاولى للابناء، يمكن ان تجعل المرء اكثر عرضة للافراط في تعاطي المشروبات الكحولية والعقاقير والطباق.

وتشير دراسات اجريت في بولندة (Piotrowski,1976) الى ان من يتعاطون العقاقير ينتمون الى عائلات مفككة سواء من خلال الطلاق او الانفصال. وان الانتماء الى أسرة مفككة غالبا ما يمثل عاملا من عوامل الاستهداف لتعاطي العقاقير بين المراهقين.

ويسترعي الاهتمام ايضا ان ترتيب المرضى - في العينة الثانية - بين الاخوة والاخوات له طابع مميز. فهناك ٥٠٪ من الحالات ترتيبهم الاول بين الاخوة والاخوات. وان ١١,٥٤٪ يمثلون الذكر الوحيد في الاسرة. وهذا يعني ان ٦١,٥٤٪ من افراد العينة لهم وضع اسري خاص قد ينعكس على اسلوب تنشئتهم، وغالبا ما يكون في صورة افراط في التدليل وتلبية المطالب وتشكيل اطار معين للتكوين النفسي للطفل يمكن ان يسهم كثيرا في النزوع الى حالة من الادمان. وقد يكون من اهم نتائج هذه التنشئة متمثلا في انخفاض القدرة على تحمل الاحباط، وهي ظاهرة يصفها بعض الباحثين بانها من خصائص المدمنين (Panyard,1973). وقد تسهم هذه الظاهرة ايضا في تفسير سبب ارتفاع معدلات الفشل المدرسي بين افراد هذه العينة.

ويساند هذا الاتجاه الذي كشفت عنه بيانات هذه الدراسة في تفسير بعض الحقائق حول الظروف الاسرية للمدمنين، ما تبين من دراسة اجريت في ماليزيا (Deva,1982) تستهدف التعرف على الظروف النفسية والاجتماعية المرتبطة بالادمان على الافيون ومشتقاته. فقد تبين ان المدمن عادة ما يكون الابن الذكر الاول من حيث الترتيب او قد يكون الابن

الثاني في الترتيب. كما ان هناك نسبة كبيرة منهم قد افتقدوا احد الآباء او كليهما في طفولتهم او خلال مرحلة المراهقة.

خامسا :

الظروف السكنية

قد يمكن اعتبار الظروف السكنية احد مؤشرات المستوى الاقتصادي للاسرة ونوعية الطبقة الاجتماعية التي ينتمي اليها. ومع ان الظروف السكنية قد لا تخدم في بعض الاحيان هذا الغرض لسبب او آخر، الا انها في اغلب الامر يمكن ان تكون كذلك.

ولقد تبين ان ٤٨,١٥٪ من مجموع افراد العينة يقيمون في بيوت ذوي الدخل المحدود، وان ١١,١١٪ يقيمون في بيوت عربية، مما يعني ان حوالي ٦٠٪ من مجموع افراد البحث ينتمون بشكل ما الى مستويات اقتصادية واجتماعية دنيا.

وهناك الكثير من النقاش يدور حول العلاقة بين المستويات الاقتصادية والاجتماعية وبين الادمان. ومع ان غالبية الدراسات تشير الى ان المدمنين ينتمون الى طبقات اجتماعية دنيا، الا ان هناك دراسات اخرى تؤكد على ان الادمان ينتشر في سائر الطبقات الاجتماعية، وان كان ذلك يحدث بنسب متفاوتة.

فهناك من الباحثين (Nordengran,1973) من يرى ان الادمان على العقاقير لا يكشف عن نفسه بشكل عشوائي، وان مدمني العقاقير ينتمون الى خلفية اجتماعية اسوأ من مجتمع غير المدمنين. بمعنى ان منخفضي

الدخل ومن ينتمون الى طبقة اجتماعية دنيا يشكلون فئة كبيرة من مدمني العقاقير.

ويرى آخرون (Panyard,1973) انه بالرغم من ان المدمنين يشكلون مجموعة متجانسة بحيث لا يوجد وصف لما يسمى بنموذج المدمن، فان هناك خصائص ديموجرافية وانماط من الشخصية تشيع فيما بينهم.

ففي ديترويت نجد انه بالرغم من حدوث الادمان على العقاقير بين كل الاعراق والطبقات الاجتماعية والفئات المهنية، الا ان الغالبية العظمى ينتمون الى مناطق سكنية معروفة بالكثافة السكانية والمستوى الاقتصادي المنخفض والظروف البيئية المتدهورة. وانه بالرغم من ان هناك دلائل على نمو وانتشار الادمان من المناطق الفقيرة الى المناطق الاكثر رخاء، الا ان الجانب الاكبر من المشكلة لا زال متركزا في المناطق الفقيرة وبالقرب منها. اذ حيثما تكون الظروف السكنية سيئة وينخفض مستوى التعليم والدخل وترتفع نسبة البطالة، كلما ادى ذلك الى خلق موقف خصب لنمو الادمان. بعبارة اخرى، ان الاحساس بالعزلة عن المجتمع والشعور بالعجز عن تغيير نمط الحياة، يعتبر بمثابة عناصر مهيئة لنمو الادمان والجريمة.

على ان هناك من يرى ان الادمان في الولايات المتحدة كان منتشر في البيئات الفقيرة Slums حتى اوائل الستينيات، الا انه قد انتشر حاليا بين الطبقة المتوسطة (Malcolm,1971).

وهناك من يتفق مع هذا الرأي من وجهة ان الادمان الكحولي قائم في مختلف الطبقات الاجتماعية، وان تفاوتت معدلات الادمان من طبقة لاخرى . وان ٣٪ فقط من المجموع الكلي لمجتمع الكحوليين يتفق مع النمط المعروف بالفقر والبطالة والتشرد (Fox, 1968).

ومن جهة اخرى، فاننا نجد في المكسيك ان الاعتماد على العقاقير قائم بين الطبقات الاجتماعية العليا والوسطى والدنيا، وان كان نمط التعاطي بين الطبقات الدنيا مختلف عن النمط المستخدم من جانب الطبقتين الاخريين، حيث يتجه المدمنون ممن ينتمون الى الطبقة الدنيا الى تعاطي واستنشاق المواد الرخيصة التي تتفق مع دخلهم المنخفض (Belsasso,1976).

سادسا

الاستخدام المتعدد للعقاقير

يتضمن الاستخدام المتعدد للعقاقيرPolydrug abuse مجموعات رئيسية من انماط السلوك الادماني هي:

أ ـ استخدام عقاقير مختلفة مع مشتقات الافيون ـ وعلى هذا يصبح الهيروين واحدا من مجموعة العقاقير التي يستخدمها المدمنون.

ب ـ استخدام عقاقير من غير مشتقات الافيون مع افراط نسبي في استخدام الكحول.

ج ـ استخدام مفرط لمجموعات مختلفة من العقاقير الموصوفة طبيا، تصل عادة الى مستهلكيها عن طريق قنوات طبية مشروعة. ويقع ضمن هذه الفئة من يستخدمون العقاقير المنومة عبر فترة كافية من الزمن بحيث يصبحون معتمدين عليها. وكذلك من يتعاطون ـ في البداية ـ عقاقير لخفض وزنهم او تجنب زيادة الوزن، الا انهم يصبحون على المدى الطويل غير قادرين على الاستغناء عن هذه العقاقير. ثم هناك مجموعة اخرى من المتعاطين هم الرياضيون المحترفون وسائقوا الشاحنات وطلبة الجامعات الذين يستخدمون العقاقير بهدف زيادة قدرتهم الادائية.

وتكشف العينة الثالثة من هذا البحث عن ان النسبة المئوية لمن يتعاطون المشروبات الكحولية فقط تبلغ ٦٦,٦٧٪ من المجموع الكلي لافراد العينة، في حين تبلغ النسبة المئوية لمن ينطبق على سلوكهم الادماني الاستخدام المتعدد للعقاقير من النمط الثاني ٣٣,٣٣٪ وهي نسبة تماثل كثيرا تلك التي تم الكشف عنها في بعض الدراسات التي اجريت في الولايات المتحدة، حيث تبين ان التداخل بين استخدام العقاقير من غير مشتقات الافيون والادمان الكحولي يصل الى حوالي ٣٠٪ من المرضى الذين شملتهم تلك الدراسات (Bourne,1973).

على ان هذا التماثل في مستويات الاعمار، وفي النمط السلوكي الادماني، لا يعني ان المشكلة في الكويت هي نموذج آخر للمشكلة في المجتمع الامريكي. فمما لا شك فيه ان لكل مجتمع خصائصه وظروفه المعينة التي لا يشاركه فيها مجتمع آخر.

وفي الواقع، فان الخبرة الاكلينيكية للباحث، وكذلك المؤشرات المتعلقة بالعوامل الكامنة وراء تعاطي الكحول والمخدرات والعقاقير المؤثرة في العقل بالكويت تشير الى ان تلك العوامل تختلف في جوهرها عن تلك التي تدفع الشباب في المجتمعات الغربية الى بدء تعاطي تلك المواد. فالارجح ان بعض الشباب في الكويت يبدؤن في الاغلب بتعاطي المشروبات الكحولية، ثم يمزجون هذا التعاطي بعد ذلك بالصور المختلفة من العقاقير والمخدرات كأسلوب لزيادة فاعلية ما يتعاطونه من مشروبات كحولية او كبديل لهذه المشروبات لاسباب من أهمها ارتفاع اسعار المشروبات الكحولية وندرتها نتيجة للحظر المفروض عليها وصعوبة تهريبها الى داخل البلاد.

وفي الواقع، فان عنصر امكانية العثور على مادة التعاطي والحصول عليها

يعتبر عامل له قيمته في صياغة نمط الادمان. ففي نيجيريا ـ مثلا ـ يشيع تعاطي الحشيش حيث يزرع على نطاق واسع فيها (Eble, 1981).

ومع ذلك فان مثل هذا التفسير لا يمثل العلاقة كاملة بين نمط التعاطي ودرجة توفر مادة التعاطي. فمن المعروف ـ مثلا ـ انه من السهل على المدمن ان يتحول من احد العقاقير الى آخر. اذ ان للمدمنين ـ عادة ـ خبرة كافية بطبيعة العقاقير المختلفة ونوعية التأثير الذي تحدثه. ومن ثم عندما يكون هناك نقص في احد مواد الادمان، فان الامر لا يقتضي وقتا طويلا حتى يجد المدمن بديلا له.

وعادة ما تتخذ قضية الانتقال من مادة من مواد الادمان الى مادة اخرى شكلا معينا. اذ يبدأ المرء ـ في الاغلب ـ بتعاطي مادة من المواد خفيفة التأثير مثل الماريجوانا ينتقل بعدها الى ما هو اخطر منها مثل الهيروين. وهكذا فان تعاطي احد العقاقير الخفيفة يؤدي في نهاية الامر الى تعاطي مشتقات الافيون. بمعنى انه ما ان يبدأ المرء باحد العقاقير حتى ينزلق الى آخر.

ويميل المدمن الى استخدام طرائق متعددة من التعاطي، اما وفقا لنوع العقاقير التي يستخدمها، او بسبب امكانية الحصول على نفس هذه العقاقير في صور مختلفة. فقد يحصل المدمن على احد العقاقير مثل الامفيتامين في شكل اقراص او حبوب في بادىء الامر، ثم بعد ذلك في شكل امبولات للحقن. ويعزى هذا التعدد في طرائق التعاطي الى ضغوط جماعة الرفاق والى حب الاستطلاع ونشدان عالم من الخبرات الجديدة .(Reeves,1974)

وفي الواقع، فان هناك من المؤشرات ما يكشف عن ان الادمان بين المراهقين قد يكون وسيلة يشبعون من خلالها رغبتهم في الحصول على مزيد

من الخبرات، اذ يتفق العديد من الباحثين على القول برغبة المدمن في نشدان صور جديدة من السلوك، ومن ثم فان الانفتاح على الخبرات قضية تنطبق تماما على المدمنين للماريجوانا من طلبة المدارس العليا والجامعات في الولايات المتحدة (Segale, 1974) .

على انه يبدو ان الصورة تتباين في المجتمع الكويتي من سنة الى اخرى. فالنسبة المئوية لمن كانوا يتعاطون الكحول و/أو العقاقير و/أو المخدرات عام ١٩٧٧ بلغت ٦٨,٢٥٪، في حين ان ٣١,٢٥٪ يتعاطون المشروبات الكحولية فقط. وفي عام ١٩٧٨ بلغت هذه النسبة ٤٦,١٥٪ ، ٥٣,٨٥٪ على التوالي. وبلغت عام ١٩٨٠ نسبة قدرها ٣٧,٠٤٪ ، ٦٢,٩٦٪ على التوالي. وتشير هذه النسب الى تزايد اعداد من يتعاطون المشروبات الكحولية فقط، وتناقص اعداد من يتعاطون المشروبات الكحولية مع مواد الادمان الاخرى.

وقد يكون لهذه الظاهرة تفسيرات عدة، من بينها تزايد تعذر الحصول على مواد الادمان بعد تزايد التشديد عليها في بعض المجتمعات القريبة التي كانت تعتبر مصدرا للمخدرات والعقاقير المؤثرة على العقل. والتفسير الآخر خاص بتشديد الرقابة التي تفرضها السلطات المسئولة في الكويت، الامر الذي عمل على الحد من هذه المواد.

وفي الواقع، فان هناك من الدراسات (Eble, 1981) ما يشير الى ان العوامل الاجتماعية ـ الحضارية لها دور في نوعية مادة الادمان التي يتم الاقبال عليها. اذ تشير الدراسات التي اجريت في نيجيريا ـ مثلا ـ بشأن العوامل الاجتماعية ـ الحضارية المرتبطة بالادمان على كل من الحشيش والامفيتامينات الى وجود فروق في العوامل المؤدية للادمان على كل من هذين النوعين من العقاقير. وان بعض من تلك العوامل ليست ثابتة جامدة على مدى السنين.

تعليق

لعلنا نستطيع مما سبق ان ننتهي الى القول بأن النتائج التي أدى اليها هذا البحث، ونتائج الدراسات المماثلة التي تم عرضها بايجاز، انما تؤكد ما هو قائم في اذهان المشتغلين والمهتمين بدراسات الادمان من اننا لا نستطيع ارجاع هذه الظاهرة الى عامل واحد بمفرده، وانما هناك نسيج من العوامل تتداخل وتتشابك وتمارس تأثيرها لتؤدي في نهاية الامر الى الادمان.

ومع ذلك، وحتى اذا سلمنا بوجهة نظر «جلينك» الذي يعتبر الادمان الكحولي ـ بصفة خاصة ـ عملية مرضية (Jellinek, 1960) فان هناك عوامل عدة تمارس دورها في دافعية الادمان واساءة استخدام العقاقير.

ففي بعض الحالات يكون للظروف البيئية دورها الاساسي، وفي حالات اخرى قد يكون الدور مرتبط بالانسجام مع مطالب جماعة الرفاق والاستجابة لضغوطهم، بينما قد تشكل سهولة الحصول على مادة الادمان وخاصة المهدئات مثل Meprobamate , Diazepam وغيرها الخطوات الاولى نحو الانتقال الى مرحلة تالية من نشدان الحصول على اللذة والانتهاء بالاقبال على العقاقير الاشد خطورة، بينما نجد في حالات اخرى ان الاضطرابات العقلية والنفسية واضطرابات الشخصية هي التي تهيء الفرد للدخول في عالم الادمان (Baasher and El Fawal, 1981).

ومع اننا نتفق مع القول بأن المجتمع ليس العامل الوحيد في تفسير

الادمان، وانه لا ينبغي تفسير الادمان بعامل واحد فقط، ومع اننا ندرك تماما ان المحور الثلاثي في الادمان هو: مادة الادمان والانسان والبيئة، الا اننا مع هذا نرى ان المجتمع يشكل الموقف الذي تمارس من خلاله سائر الابعاد الاخرى تأثيرها. وبهذا فان أي تغيير في التركيب الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع سوف تكون له بصماته بالضرورة على ظاهرة الادمان بأكملها. اذ سوف تتشكل في ضوء ذلك الدافعية للتعاطي، ونمط التعاطي، والمواقف التي يتم خلالها التعاطي، والمضمون الاجتماعي للتعاطي وغير ذلك من ابعاد.

واذا سلمنا بالتأثير الذي تتركه عملية التغير الاجتماعي والاقتصادي على افراد المجتمع، فاننا نستطيع بالتالي ان نفترض ارتفاع مستوى القلق بسبب ما يثيره الصراع بين اعتناق قيم واوضاع حضارية جديدة، وبين عدم القدرة على التخلي عن الماضي بمعاييره وانماطه السلوكية. وفي هذا الصدد هناك افتراض بأن احد محددات الفروق بين المجتمعات في نسبة استهلاك الكحول يتمثل في الفروق بين مستويات القلق السائدة في تلك المجتمعات. وقد اتبع الباحثون اسلوبين لقياس مستوى القلق في المجتمع. ويقوم الاسلوب الاول على أساس تطبيق صحائف استبيان، في حين يعتمد الاسلوب الثاني على التعرف على تعبير المجتمع عن القلق وفقا لما يبدو في معدلات الانتحار وما اشبه. ويبدو ان بعض الباحثين قد انتهى الى وجود نوع من الارتباط الايجابي والعلاقة بين استهلاك الكحول وبين درجة انتشار القلق (Lynn, 1981).

ويتفق مع هذا الاتجاه ما تشير اليه الدراسات من ان تزايد الادمان على الحشيش في نيجيريا مرتبط بالتصنيع وبالانتقال من حياة الريف الى حياة المدينة. وانه عندما يصعب على الافارقة التوافق مع مواقف الحياة الجديدة الضاغطة، فان القلق والاضطرابات النفسية والعقلية يمكن ان تأخذ طريقها

للظهور. ويمثل الادمان احد المحاولات العصابية التعويضية او الدفاعية ضد ما هو قائم من صراع (Eble, 1981).

وقد يؤدي ما يحدث من عمليات التغيير في المجتمع الى قيام نوع من الهوة بين الاجيال، الامر الذي قد يدفع الابناء الى الاقبال على مواد الادمان، باعتبار ان هذه الانماط السلوكية من الادمان تمثل طرائق للتعبير عن التمرد على عالم الكبار وما يفرضونه من نماذج سلوكية على الابناء لا يتقبلها هؤلاء الابناء. الامر الذي قد يدفع الابناء لان ينشدوا بدائل لهذه النماذج السلوكية (Belsasso, 1978) .

وفي الواقع، فقد أوضحت بعض الدراسات التي اجريت في بولندا ان المدمنين من المراهقين يمثلون تمردا ضد أنظمة القيم السائدة. وان هؤلاء المدمنين من المراهقين غالبا ما ينبذون قيم الآباء انفسهم، وكذلك القيم التي يفرضها هؤلاء الآباء عليهم (Jakubczyk, 1978).

لكننا مع هذا ينبغي ان نتحفظ في اعطاء كل الوزن للعوامل الاجتماعية ـ الحضارية، ولابد لنا كي تكتمل الصورة ان نشير الى ذلك الدور المتبادل بين قضيتي الوراثة والبيئة والتفاعل فيما بينهما. فهناك من المؤشرات ما يكشف عن ان مشكلات الادمان الكحولي تتضح لدى هؤلاء الذين يكون احد آبائهم البيولوجيين من الكحوليين حتى لو لم يسهم ذلك الاب في تنشئة الابن. كما ان احتمالات ان يصبح المرء مدمنا ـ على الاقل بعد سن الخامس والثلاثين ـ قائمة بين من يكون اجدادهم من الكحوليين (Ewing, 1978).

وتتضح خصائص الاستعداد الوراثي بين الكحوليين من واقع ان المدمن الكحول قد يتصف في طفولته ـ في الاغلب ـ بعدم الاستقرار، وضعف القدرة

على التركيز، والسلوك الانفجاري المندفع، والسلوك العدواني، والانخراط في مشكلات خطيرة مع الآخرين ... الامر الذي قد يشير الى وراثة مثل هذا الطفل لبعض الخصائص الفسيولوجية التي تعمل على صياغة مثل هذه الصور السلوكية.

ومع ذلك، فقد تكون اضطرابات السلوك التي تشيع بين اطفال الكحوليين ليست نتاجا لعوامل من الاستعداد الوراثي، وانما هي في الاغلب استجابة لظروف بيئية سيئة. وفي كل الاحوال، هناك اتفاق على ان الاطفال الذين ينتمون الى آباء كحوليين يفتقدون الاحساس بالامن والثقة في النفس، ويعانون من تقدير ذات منخفض، كما يشيع بينهم عدم الاستقرار الانفعالي والسلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي (Chafetz, 1971)، (Mackey, 1961).

الجداول المتعلقة بالبحث

المتوسط الحسابي لأعمار العينات الثلاث

السنة	١٩٧٧	١٩٧٨	١٩٨٠
عدد افراد العينة	١٦	٢٦	٢٧
المتوسط الحسابي	٢٤,٧٥	٢٩,٥٤	٣٣,٢٦
الانحراف المعياري	٥,٨٧	٦,٧	١٠,٩٤

جدول رقم ١

الفرق بين مستويات الاعمار

أولا: الفرق بين مستويات الاعمار من عامي ١٩٧٧، ١٩٧٨

ت = ٢,٣٠

درجات الحرية = ٤٠

الفرق ليس له دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١

الفرق له دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥.

ثانياً: الفروق بين مستويات الاعمار في عامي ١٩٧٧ ، ١٩٨٠

ت = ٢,٨١.

درجات الحرية = ٤١

الفرق له دلالة عند مستوى ٠,٠١

الفرق له دلالة عند مستوى ٠,٠٥

ثالثاً: الفروق بين مستويات الاعمار في عامي ١٩٧٨ ، ١٩٨٠

ت = ١,٥٦

درجات الحرية = ٥١

الفرق ليس له دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١

الفرق ليس له دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥

المستوى التعليمي

السنة / المستوى التعليمي	١٩٧٧	١٩٧٨	١٩٨٠
دون اتمام المرحلة الابتدائية	٢٥٪	٣٠,٧٧٪	٢٥,٩٣٪
دون اتمام المرحلة المتوسطة	٦٢,٥٪	٥٠,٠٠٪	٥٩,٢٦٪
ما بعد اتمام المرحلة الامتوسطة	١٢,٥٪	١٩,٢٣٪	١٤,٨١٪

جدول رقم (٢)

السنة / المستوى التعليمي	١٩٧٧	١٩٧٨	١٩٨٠
دون اتمام المرحلة المتوسطة	٨٧,٥٪	٨٠,٧٧٪	٨٥,١٩٪
ما بعد اتمام المرحلة المتوسطة	١٢,٥٪	١٩,٢٣٪	١٤,٨١٪

جدول رقم (٣)

توزيع العينات الثلاث مجتمعة

وفقاً للمستوى التعليمي

مستوى التعليم	العدد	النسبة المئوية
اميّ	٩	٪١٣,٠٤
يقرأ ويكتب	٥	٪٧,٢٥
ابتدائي	٥	٪٧,٢٥
مرحلة متوسطة	٣٩	٪٥٦,٥٢
مرحلة ثانوية	٩	٪١٣,٠٤
مرحلة جامعية	٢	٪٢,٩٠
المجموع	٦٩	

جدول رقم (٤)

المستوى التعليمي	النسبة المئوية
دون اتمام المرحلة المتوسطة	٨٤,٠٦٪
ما بعد المرحلة المتوسطة	١٥,٩٤٪

جدول رقم (٥)

الحالة الاجتماعية

(العينة الثالثة)

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية
اعزب	١٢	٤٤,٤٤٪
متزوج	١٠	٣٧,٠٤٪
مطلق	٥	١٨,٥٢٪
المجموع	٢٧	

جدول رقم (٦)

عد مرات الزواج بالنسبة
للمتزوجين والمطلقين في العينة الثالثة

عدد مرات الزواج	العدد	النسبة المئوية
مرة واحدة	٩	٦٠٪
اكثر من مرة	٦	٤٠٪
المجموع	١٥	

جدول رقم (٧)

مستويات العمر والحالة الاجتماعية
في العينة الثالثة

الحالة الاجتماعية مستوى العمر	اعزب	متزوج	مطلق
١٨-	٨	١	-
٢٦-	٢	٥	-
٣٤-	-	٢	٣
٤٢-	٢	١	١
٥٠-	-	١	-
٥٨-٦٦	-	-	١
المجموع	١٢	١٠	٥

جدول رقم (٨)

نوع السكن

بالنسبة للعينة الثالثة

نوع السكن	العدد	النسبة المئوية
بيوت ذوي الدخل المحدود	١٣	٤٨,١٥٪
بيت عربي	٣	١١,١١٪
شقة ايجار	٥	١٨,٥٢٪
فيلا	٦	٢٢،٢٢٪
المجموع	٢٧	

جدول رقم (٩)

التاريخ الاسري

	امراض نفسية وعقلية		حالات ادمان
	١٩٧٧	١٩٧٨	١٩٨٠
سلبي	٦٢,٥٪	٥٧,٦٩٪	٦٦,٦٧٪
ايجابي	٣٧,٥٪	٤٢,٣١٪	٣٣,٣٣٪

جدول رقم (١٠)

الظروف الاسرية
(العينة الثانية)

	العدد	النسبة المئوية
ظروف اسرية خاصة /وفاة الآباء/الانفصال	١٥	٥٧,٦٩٪
ظروف اسرية غير ذلك	١١	٤٢,٣١٪
المجموع	٢٦	

جدول رقم (١١)

الترتيب بين الاخوة الاخوات

	العدد	النسبة المئوية
وحيد	٣	٪١١,٥٤
الاول	١٣	٪٥٠,٠٠
غير ذلك	١٠	٪٣٨,٤٦
المجموع	٢٦	

جدول رقم (١٢)

سن بدء التعاطي (العينة الثالثة)

مستوى العمر	العدد
١٢ -	١٠
١٦ -	٩
٢٠ -	٥
٢٤ -	٢
٢٨ - ٣٢	١
المجموع	٢٧

جدول رقم (١٣)

المتوسط الحسابي = ١٨,٣٠ سنة

الانحراف المعياري = ٤,٣٤

السنوات اللازمة لظهور اعراض الادمان
(العينة الثالثة)

فئات السنوات	العدد
١ -	١٧
٧ -	٢
١٣ -	٢
١٩ -	٢
٢٥ - ٣١	٤
المجموع	٢٧

جدول رقم (١٤)

المتوسط الحسابي = ١٠,٢٢ سنة
الانحراف المعياري = ٩,١٦

توزيع النسب المئوية لمادة الادمان
بالعينات الثلاث

السنة / نوع مادة الادمان	١٩٧٧	١٩٧٨	١٩٨٠
كحول	٣١,٢٥٪	٥٣,٨٥	٦٢,٩٦٪
كحول واخرى	٦٨,٧٥٪	٤٦,١٥٪	٣٧,٠٤٪

جدول رقم (١٥)

التوزيع الكلي لمادة الادمان
بالنسبة للعينات الثلاث

نوع مادة الادمان	العدد	النسبة المئوية
مشروبات كحولية	٣٦	٪٥٢,١٧
مشروبات/مواد اخرى	٣٣	٪٤٧,٨٣
المجموع	٦٩	

جدول رقم (١٦)

نوع مادة الادمان
(العينة الثالثة)

نوع مادة الادمان	العدد	النسبة المئوية
مشروبات كحولية	١٧	٪٦٢,٩٦
مشيروبات/عقاقير /مخدرات/كولونيا	٩	٪٣٣,٣٤
استنشاق بنزين	١	٪٣,٧٠
المجموع	٢٧	

جدول رقم (١٧)

مستوى الاعمار وفقاً لنوعية مادة الادمان
(العينة الثالثة)

نوع مادة الادمان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مشروبات كحولية	٣٧,٢٨	١٠,٨٢
مشروبات/عقاقير/ مخدرات/كولوينا/بنزين	٢٣	٤,٦٢

جدول رقم (١٨)

أسلوب تعاطي مادة الادمان
(العينة الثالثة)

الاسلوب	العدد	النسبة المئوية
بمفرده	١٦	٥٩,٢٦٪
مع الاصدقاء	٦	٢٢,٢٢٪
بمفرده او مع الاصدقاء	٥	١٨,٥٢٪
المجموع	٢٧	

جدول رقم (١٩)

التدخين
(العينة الأولى)

معدل التدخين اليومي	الكرارات	النسبة المئوية
٢٠-	٣	١٨,٧٥٪
٤٠-	٨	٥٠,٠٠٪
٦٠-	٤	٢٥,٠٠٪
٨٠ فاكثر	١	٦,٢٥٪
المجموع	١٦	

جدول رقم (٢٠)   المتوسط الحسابي = ٤٠,١٩ سيجارة

الانحراف المعياري = ٠,٨١

جهة التحويل الى مستشفى الطب النفسي
(العينة الثالثة)

جهة التحويل	العدد	النسبة المئوية
بنفسه	١٤	٥١,٨٥٪
الشرطة	٨	٢٩,٦٣٪
اقارب	٤	١٤,٨٢٪
محول من مستشفى عام	١	٣,٧٢٪
المجموع	٢٧	

جدول رقم (٢١)

مراجع البحث

المراجع(1)

Baasher, T. and El Fawal, K. Study on drug dependent persons admitted to Mamoura psychiatric hospital, Alexanderia Egypt In: JCAA CED. The 11 the international institute on the prevention and treatment of drug dependence, Vienna, 1981.

Battegay, R. et al Consumption of alcohol and drugs and smoking habits of a representative group of 4080 20-years old Swiss males, Swiss federal commision against alcoholism. Subcommission for scientific research in: ICAA (ED), 31 st International congress on alcoholism and drug dependence. Bankok, 1975.

Belsasso, G. Socio-economic changes that influence the problem, of substance use.

In: Tongue, E. and Graz, L. (Eds), the 6th International institution on the prevention and treatment of drug dependence. Hamburg, ICAA, 1976.

Bourne, P.G. Polydrug abuse in the United States, in: ICAA (ED). INternational conference on drug abuse. San Juan, Puerto Rico, 1973.

(1) هذه المراجع خاصة فقط ببحث «دراسة استطلاعية لتخطيط بعض المتغيرات في مشكلة الادمان بالكويت».

Casselman, J. Characteristics of hospital alcoholics in comparison with prison alcoholics. I: Tongue, E.J. (Ed), the 24th International institute on the prevention and treatment of alcoholism. Zurich, ICAA, 1978.

Chafetz, W.E. and Blare, H. children of alcoholics Observations in a child guidance clinic.

Quart, J. of Studies on Alcohol, 32, 1971, 687-698.

Deva, M.P. Psychosocial characteristics of male opiate dependents in Malysia. In: ICAA (ED), the 33rd Internatinal congress on alcoholism and drug dependence. Tanger, 1982.

Eble, J.C and Pela, O.A some socio-cultural aspects of the problem of drug abuse in Nigeria. In: ICAA (Ed), The 11th International institute on the prevention and treatment of drug dependence, Vienna, 1981.

Enge, R.C.A national study of drinking patterns among university students. In: Institute of psychoneurology.(ED). the 32 nd International congress on alcoholism and drug dependence Warsaw, 1982.

Ewing, J H. Predisposing and protecting factors in alcohol use and abuse. In Tongue, E. and Adler, Z. (Eds), the 32nd international congress on alcoholism and drug dependence. Warsaw: ICAA, 1978.

Fox, R. children in the alcoholic Family. In: Bier, C. (Ed), Problems in addiction: Alcohol and drug addiction. New york: Fordham University Press, 1962.

Fox, R. Treating the alcoholic family. In: Cantanzaro, D.J. (Ed), Alcoholism: The total treatment approach. Illinois: Springfield, 1968.

Harford, T. environmental, influences in adolescent drinking. In ICAA (Ed). The 27th International institute on the prevention and treatment of alcoholism. Vienna, 1981.

Irgens-Jensens, O. changes in alcohol consumption among Norwegian youth year by year from 1970 to 1980. In tongue, E.J. (Ed). The 24th International institute on the prevention and treatment of alcoholism. Zurich, ICAA, 1978.

Jakubczyk, H. Drug abuse and the generation gap in the urban adolescent population. In Tongue, E. and Adler, Z. (Eds). the 32nd International congress on alcoholism and drug dependence. Warsaw, 1978.

Kvapilik, J.A comparison of health state and way of living with drinkers of alcoholic drinks and total abstainers. In: tongue, E.J. (Ed), the 24th international institute on the prevention and treatment of alcoholism, Zurich, ICAA, 1978.

Lynn, R. national differences in alcohol consumption and anxiety. In: ICAA (Ed). the 27th International institute on the prevention and treatment of alcoholism. Vienna, 1981.

Mckay, F. Clinical observations of adolescent problem drinker. Quart, J. of Studies on Alcohol, 22, 1961, 124-134.

Mc Queen, D.V. and Betrame, T. Urban and rural indian drinking patterns: The special case of the Lumbee. In tongue,

E and Adler, Z. (Eds), the 32nd International congress, on alcoholism and drug dependence. Warsaw, ICAA, 1978.

Nordegran, T. socio-cultural aspects on drug abuse. In: Tongue, E. Lambo, R.T. and Blair, B. (Eds), International conference on alcoholism and drug abuse. San Juan, 1973.

Ostrawska, K. some psychological traits and alcohol abuse among delinquent youths, In: Institute of psychoneurology. (Ed), the 32nd International congress on alcoholism and drug dependence. Warsaw, 1982.

Ostrihanska, Z. and Wojcik, D. Drinking habits of pupils from elementary schools and symptoms of their social maladjustment. In tongue, E.J. (Ed). the 24 th international institute on the prevention and treatment of alcoholism Zurich, ICAA, 178.

Panyard, C et Personality characteristics common to patients in drug treatment centers in Detroit. In: ICAA (ED), international conference on alcoholism and drug abuse. San Juan, Puerto Rico, 1973.

Papanek, M.L. Excessive drinking, a factor in family disintegration. In: Tongue, E. Lambo, R. and Blair, B. (Eds), The 32nd International congress on alcoholism and drug dependence. Warsaw, 1978.

Reeves, C. Poly drug use. In: ICAA (Ed), The 5th International institute on the prevention and treatment of drug dependence. Copenhagen, 1974.

Segal, B. Drug use, alcohol use, and nonuse of either as a function of personality. In: ICAA (Ed), the 5th International institute on the prevention and treatment of drug dependence, copenhagen ,1974.

Schur, E. Deviant behavior and public policy Englewood, Cliffs, New jersy. Prentice Hall, INC 1965

Spieker, G. Dissimilarities among alcoholics and abuses. In: ICAA (Ed), International conference on alcoholism and drug abuse. San Juan, Puerto Rico, 1973.

Wilker, A. Conditionning factors in opiate addiction and relapse. In: Wilner, D.H. and Kassebaum, G.G. (Eds), Narcotics. New york: Mc Graw - Hill, 1965.

مقترحات وتوصيات
بشأن
مواجهة مشكلة الادمان

مقترحات وتوصيات بشأن

مواجهة مشكلة الادمان

تضمن العديد من البحوث والدراسات التي اجريت في الكويت والتي اشرنا اليها في الصفحات السابقة مقترحات وتوصيات تستهدف العمل على مواجهة مشكلة الادمان والوقاية منها او على الاقل التخفف من حدة ظهورها وإنتشارها. وسوف نورد فيما يلي بعضاً مما ورد من توصيات ومقترحات في هذه البحوث، الأمر الذي يمكن ان يعين الباحثين على الأخذ ببعض مما جاء فيها، والعمل على صياغة اسلوب امثل يستهدف مواجهة هذه المشكلة والوقاية منها.

أولا :

اذ تنتهي «الدراسة الاستطلاعية لتخطيط بعض المتغيرات في مشكلة الادمان بالكويت» الى انه بالرغم من تشعب ابعاد المشكلة وعدم امكانية التعرف الدقيق على اسبابها، وبالتالي تعذر وضع خطط وقائية قائمة على التعرف على العوامل المحدثة للمشكلة، الا انه ليس من المتعذر وضع خطط تستهدف التقليل من حجم المشكلة وآثارها. وطالما اننا نؤمن بأهمية تلك العلاقة الثلاثية بين الفرد ومادة الادمان والمجتمع، فان الخطط الوقائية يمكن ان

تشترك فيها الوزرات المعنية مثل وزارات التربية والشؤون والداخلية والصحة والاعلام في نوع من التكامل والتنسيق.

فهناك مؤشرات واضحة على استهداف فئات معينة للادمان الكحولي الامر الذي ينبغي ان توجه اليهم الجهود الوقائية. فمن الفئات المستهدفة نذكر الاطفال الذين ينتمون الى آباء مدمنين او الذين لهم اقارب من المدمنين او المصابين، باضطرابات نفسية او عقلية. والاطفال الذين ينتمون الى اسر مفككة سواء كان ذلك التفكك سببه وفاة احد الآباء او كليهما او الطلاق والانفصال. كما يمكن للبرامج الوقائية ان تهتم ايضاً بالصغار الذين تتضح لديهم مظاهر من التخلف الدراسي دون ان يكون ذلك مرجعه حالة من التخلف العقلي.

ولعمليات التوعية التي يمكن ان تتم من خلال اجهزة الاعلام دور حيوي وهام من حيث تعريف المواطنين بطبيعة المشكلة وآثارها الاجتماعية والصحية والاقتصادية. وما يمكن الاضطلاع به لمواجهة المشكلة والعمل على تلافيها او خفض حدتها الى اقصى درجة ممكنة.

ومن المفروض ان تتوجه البرامج الوقائية الى الآباء - بصفة خاصة - لتوعيتهم بأساليب التنشئة الاجتماعية الصحيحة، وملاحظة سلوك الابناء، والتعرف على النماذج السلوكية غير السوية مثل التدخين والافراط فيه ومصاحبة جماعات الرفاق من المنحرفين، والتدخل عند بدء ظهور بوادر لمثل هذه الصور السلوكية.

وللمشتغلين بعمليات التخطيط الاجتماعي دور اساسي هام في جعل عمليات التغير الاجتماعي تتم في سهولة ويسر، والعمل على مواجهة آثار ذلك التغيير، بما في ذلك من تجنب قيام هوة بين الاجيال.

كما يجب ان تهتم البرامج الوقائية بأحكام الرقابة على مواد الادمان والعمل على عدم تسربها، باعتبار ان سهولة الحصول على مواد الادمان تشكل بعداً هاماً من تلك الابعاد الثلاثة المتدخلة في عملية الادمان[1].

ثانياً :

وقد انتهت «ندوة المخدرات»[2] الى صياغة عدة توصيات ومقترحات نوردها فيما يلي:

التوصيات المتعلقة بمجال التشخيص

١ ـ الاسراع في اقرار مشروع اقامة لجنة عليا لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية والمسكرات وذلك للتنسيق بين جهات المكافحة والمراقبة والتوعية والوقاية ووضع السياسات المتعلقة بذلك، على ان يتبع هذه اللجنة مركز لبحوث المخدرات والمؤثرات العقلية، وجهاز احصائي معنى بجمع البيانات والمعلومات من الجهات الرسمية وغيرها عن مشكلة المخدرات.

٢ ـ الاسراع بالموافقة على اقرار الجمعية الاهلية لمكافحة المسكرات والمخدرات والمؤثرات العقلية.

---

(١) انظر «دراسة استطلاعية لتخطيط بعض التغيرات في مشكلة الادمان بالكويت»، د/ عزت سيد اسماعيل، بحث قدم في ندوة المسكرات والمخدرات وعلاجها، بدعوة من الامانة العالم لمجلس وزارة الصحة للدول العربية في الخليج، الكويت، ١١ـ١٣ فبراير ١٩٨٤.

(٢) انظر «ندوة المخدرات: طرق الوقاية والعلاج»، جامعة الكويت، مركز خدمة المجتمع والتعليم المستمر، ٤ـ٥ ابريل ١٩٨٩، ص ٢٤٥ـ٢٤٩.

التوصيات المتعلقة بمجال الوقاية

١ ـ مع التقدير التام لجهود وزارة الداخلية في حماية حدود الوطن بمنع عمليات الجلب للمواد المخدرة، الا انه من الضروري:

أ ـ التنسيق والتعاون بين جميع اجهزة المكافحة.

ب ـ التطوير الاداري لاجهزة المكافحة.

جـ ـ تدعيم أجهزة المكافحة وتزويدها بالامكانيات القادرة على مواجهة المشكلة.

د ـ تنظيم دورات تدريبية لأجهزة المكافحة لاطلاعهم على احدث الوسائل والاساليب التي يتبعها تجار المخدرات.

هـ ـ انشاء محكمة خاصة بقضايا المخدرات على غرار محكمة الاحداث، وذلك للاسراع باصدار الاحكام في هذه القضايا.

٢ ـ التأكيد على تنفيذ الاستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات والمقررة من قبل وزارة الداخلية العرب.

٣ ـ مراجعة وتطوير قانون المؤثرات العقلية حتى يتلاءم مع المستجدات الحالية والمستقبلية، والتفكير جدياً بتطبيق عقوبة الاعدام على كل من يعمل على جلب المواد المخدرة والاتجار بها.

٤ ـ تنشيط دور المؤسسات الاجتماعية ذات العلاقة كالأسرة والمدرسة والمسجد والجامعة وجمعيات النفع العام كي يقوم كل بدوره في مواجهة المشكلة.

٥ ـ ربط الشباب بقضايا مجتمعية وطنية، وتنمية الاحساس بالمسؤولية

والمشاركة الاجتماعية، والعمل على استثمار اوقات فراغهم بشكل بناء.

٦ ـ التأكيد على دور التوعية الاعلامية الجماهيرية في مواجهة المشكلة ومنها:

أ ـ توعية كافة قطاعات المجتمع بالفرصة التي اتاحها القانون للمدمنين للتقدم للعلاج دون اي ملاحقة وطنية.

ب ـ تعريف الآباء والامهات والمدرسين بمظاهر التعاطي المبكر، وكيفية التعامل مع مثل هذه الحالات في بدايات التعاطي.

حـ ـ تشديد الرقابة على افلام التليفزيون والفيديو التي قد تساعد على انتشار المخدرات وتعاطيها.

د ـ التأكيد على اهمية توعية طلبة المدارس في كافة المراحل بالتنسيق مع ادارتي الخدمة الاجتماعية والخدمة النفسية بوزارة التربية.

هـ ـ استحداث مقرر يحمل اسم «المخدرات: الوقاية والعلاج» بالمرحلة الثانوية مع التركيز على البعد الاسلامي عند وضع محتوى هذا المقرر.

و ـ دعوة وزارة الاوقاف والشؤون الاسلامية لتضطلع بدورها في مواجهة انتشار المخدرات.

٧ ـ نظراً لخطورة مشكلة المخدرات على طلبة المدارس، وتقديراً لخطورة واهمية الدور الذي تتحمله ادارتي الخدمة الاجتماعية والخدمة النفسية فانه من الضروري التوكيد على ما يلي:

أ ـ تدعيم السياسة العامة للرعاية الاجتماعية الوقائية في مجال المخدرات والادمان عليها.

ب ـ اعداد وتدريب الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين العاملين بالميدان على اساليب الكشف عن حالات تعاطي المواد الطيارة والمخدرات الاخرى.

٨ ـ التأكيد على ضرورة حث وزارات الدولة واجهزتها المعنية على تنفيذ ما جاء في المخطط الشامل المتعدد التخصصات للأنشطة المتصلة بمشاكل اساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع بها، والذي أقرته دولة الكويت خلال المؤتمر الدولي المعنى باساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع بها، المنعقد في ڤيينا خلال الفترة ١٧-٢٦ يونيو ١٩٨٧.

التوصيات المتعلقة بمجال العلاج

استجابة لتوجه المشرع الكويتي باعتبار المدمن المتقدم للعلاج مريضا، لا بد وان توفر له الرعاية الصحية اللازمة، ومن ثم فمن الضروري:

أ ـ توفير مراكز متخصصة تعمم على محافظات الدولة لتقديم الخدمات العلاجية للمدمنين.

ب ـ تطوير كفاءة طرق العلاج المستخدم حالياً في دولة الكويت، بحيث تساير ما هو مستخدم منها عالميا.

حـ ـ الاستعانة بالكوادر ذات التخصصات النفسية والاجتماعية بالاضافة الى التخصص الطبي.

د ـ الاهتمام والتركيز على الرعاية اللاحقة، سواء للمرضى المدمنين بعد مغادرتهم المستشفى، او المحكوم عليهم بقضايا التعاطي بعد الافراج عنهم، والعمل على اعادة دمجهم في المجتمع.

ثالثاً :

وتتضمن دراسة اجرتها وزارة الشئون الاجتماعية والعمل حول «مشكلة الادمان»[1] عدة مقترحات وتوصيات نورد بعضاً منها فيما يلي:

١ ـ ضرورة تضافر الجهود الحكومية والاهلية، وذلك من خلال التنسيق واللقاء المشترك بين الهيئات المعنية بالأمر (الصحة، التربية، الاوقاف، الشئون الاجتماعية، العدل، الاعلام، الداخلية، الجامعة، الهيئات الاهلية) ووضع خطة وطنية وبرامج متكاملة لمواجهة مشكلة الادمان من جوانبها المختلفة والتعامل مع كافة الفئات المرتبطة بتلك المشكلة اي المتعاطين والتجار والمهربين. والاشراف على تنفيذ الخطة ومتابعتها وتقويم أداءها من وقت لآخر.

٢ ـ امكانية تنفيذ التوصية السابقة من خلال إنشاء جهاز مختص لمكافحة المخدرات والمسكرات يجمع بين أجهزة الامن والعلاج والتوعية، تناط به المهام التالية على وجه الخصوص:

أ ـ وضع الخطط والبرامج والسياسات لمراقبة ومكافحة المخدرات والمسكرات.

ب ـ تبني الوسائل والاجراءات الكفيلة بالحد من ظاهرة تعاطي المخدرات والمسكرات والاتجار بها.

جـ ـ متاعبة تقييم الانشطة والاجراءات المتخذة للحد من آثارها وانتشارها.

---

(١) انظر: «مشكلة الادمان: الاسباب، الآثار، الوقاية، العلاج». وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، الكويت، يونيو ١٩٩٢، ص٢٦ ـ ص٢٨.

د ـ الاهتمام بالتوعية الجماهيرية، والتعريف بمدى خطورة هذه المشكلة.

هـ ـ وضع البرامج الخاصة بالوقاية والعلاج، واقتراح المؤسسات التي تضطلع بذلك.

و ـ توفير الدراسات الخاصة بالمخدارات والمسكرات.

ز ـ وضع الضوابط الخاصة باستيراد المواد المخدرة.

٣ ـ تكثيف الجهد الاعلامي خلال الاذاعة والتليفزيون والصحافة والمطبوعات، وان توجه هذه الجهود الى جمهور المتعاطين والى الجمهور العام.

٤ ـ إشتراك مؤسسات المجتمع في التوعية بمخاطر الادمان مثل: مراكز الشباب، الجمعيات التعاونية، جمعيات النفع العام، مراكز تنمية المجتمع.

٥ ـ الاهتمام بنشر التوعية الدينية، مع التوكيد على رسالة المسجد في هذا الصدد، باعتبار ان الوازع الديني له تأثيره العميق في الحيلولة دون الانجراف في تيار الادمان وغير ذلك من صور سلوكية لا يقرها الدين او المجتمع.

٦ ـ تنشيط دور اجهزة ومراكز شغل وقت الفراغ مثل مراكز الشباب والاندية الرياضية، والعمل على الاستفادة من طاقات الشباب في انشطة بناءة مفيدة.

٧ ـ الاهتمام بدور الاسرة في وقاية الابناء من الانحراف وذلك بتوكيدها على ما يلي:

أ ـ تعريف الابناء بصور السلوك غير السوية، والتي من بينها الاقبال على

استخدام المخدرات بصورها المختلفة، وتقوية الوازع الديني لدى الابناء، وتوضيح موقف الدين منها.

ب ـ تشديد الرقابة على نوعية اصدقاء الابناء، والاهتمام بالتأكد من حسن سلوك هؤلاء الاصدقاء.

جـ ـ التركيز على ان يكون الآباء قدوة حسنة للابناء، باعتبار ان النماذج السلوكية السوية للآباء افضل من الوعظ والارشاد. وان كان هذان الاسلوبان يكملان بعضهما بعضا.

د ـ ملاحظة أية تغيرات ومظاهر سلوكية يمكن ان تكون من المؤشرات على بدء انحراف الابناء مثل: الغياب عن المدرسة، التدخين، الضعف البدني، كثرة النوم، بطء الكلام واندغامه وما الى ذلك. والاهتمام بعلاج الحالة فور ظهور مثل هذه الاعراض.

٨ ـ الاهتمام بدور المدرسة من حيث انها تضطلع بالاسهام في عملية التنشئة الاجتماعية للابناء، والعمل على تزويدهم بالمعارف والمعلومات المختلفة حول صور السلوك المقبولة اجتماعياً وتلك المرفوضة من المجتمع، وبخاصة ما هو متعلق بموضوع الادمان. وان يكون للأخصائي الاجتماعي بالمدرسة دور اساسي في التعرف على انحرافات السلوك وتقديم الخدمات العلاجية بمجرد اكتشافها والتعرف عليها.

٩ ـ التوسع في اقامة المراكز العلاجية الملحقة بالمستشفيات والوحدات الصحية، بحيث تتخصص هذه المراكز في تناول حالات الادمان بما في ذلك من تقديم الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية.

المرفقات

قانون رقم ١٦ لسنة ١٩٦٠
باصدار قانون الجزاء
المادتين ٢٠٧ ، ٢٠٨[١]

---

(١) مرفق رقم١ .

قانون رقم (١٦) لسنة ١٩٦٠

باصدار قانون الجزاء

نحن عبد الله السالم الصباح   أمير الكويت

بناء على عرض رئيس العدل.

وبعد موافقة المجلس الاعلى.

قررنا القانون الآتي:

مادة ١

يعمل بقانون الجزاء المرافق لهذا القانون.

مادة ٢

على رئيس العدل تنفيذ هذا القانون، ويعمل به من وقت نشره في الجريدة الرسمية.

امير الكويت

عبدالله السالم الصباح

صدر في الثامن من ذي الحجة ١٣٧٩ هـ .

الموافق الثاني من يونيو (حزيران) ١٩٦٠ م.

مادة ٢٠٧

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على سبع سنوات وبغرامة لا تجاوز سبعة آلاف روبية او باحدى هاتين العقوبتين كل شخص اتجر في مواد مخدرة او قدمها للتعاطي او سهل تعاطيها بمقابل او بغير مقابل او حازها بقصد اعطائها للغير، ما لم يثبت انه مرخص له بذلك.

مادة ٢٠٨

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على سنتين وبغرامة لا تجاوز ألفي روبية او باحدى هاتين العقوبتين كل من اشترى او حاز مواد مخدرة بقصد التعاطي او الاستعمال الشخصي، ما لم يثبت انه اشترى او حاز هذه المواد بموجب رخصة او تذكرة طبية أو انها مصروفة له بمعرفة الطبيب المعالج.

قانون رقم ٣٦ لسنة ١٩٦٠
بمراقبة الاتجار بالعقاقير المخدرة
واستعمالها في الكويت(١)

(١) مرفق رقم٢.

قانون رقم (٣٦) لسنة ١٩٦٠
بمراقبة الاتجار بالعقاقير المخدرة
واستعمالها في الكويت

نحن عبد الله السالم الصباح   امير الكويت

بناء على عرض رئيس دائرة الصحة العامة

قررنا القانون الآتي:

(مادة ١)

يحظر على اي شخص ان يستورد او يصدر أو يحرز أو يشتري او يبيع او يسلم او يتنازل عن اي نوع من العقاقير المخدرة المدرجة بالجدول المرفق، او ان يتدخل بصفة وسيط في تجارة العقاقير المذكورة او احرازها او شرائها أو بيعها او تسليمها او التنازل عنها. الا في الاحوال المنصوص عليها في هذا القانون وبالشروط المبينة به.

(مادة ٢)

يحظر على اي شخص ان يستورد الى الكويت او يصدر منها اي عقار مخدر الا بترخيص خاص من دائرة الصحة العامة، ويمكن اعطاء هذا الترخيص للفئات الآتية:

١ ـ اصحاب الصيدليات المرخص بادارتها في الكويت.

٢ ـ اصحاب معامل التحاليل الكيمائية او الصناعية او الابحاث العلمية المرخص بادارتها في الكويت.

٣ ـ وكلاء ووسطاء شركات مصانع الادوية المرخص لهم بمزاولة هذه المهنة في الكويت، بشرط ان يستخدموا لهذا الغرض صيدلياً مرخصاً له في مزاولة هذه المهنة.

٤ ـ ادارات الحكومة والمعاهد العلمية المعترف بها في الكويت.

٥ ـ مديرو المستشفيات والمستوصفات غير الحكومية المرخص بها في الكويت.

٦ ـ الاطباء البشريون واطباء الاسنان المرخص لهم بمزاولة مهنة الطب في الكويت.

(مادة ٣)

ينشأ بدائرة الصحة العامة سجل خاص يقيد به الاشخاص والجهات المرخص لها باستيراد وتصدير العقاقير المخدرة، يتضمن البيانات الآتية:

أ ـ رقم القيد.

ب ـ الاسم واللقب والسن والجنسية وعنوان ومحل الاقامة.

حـ ـ محل العمل الذي تودع فيه العقاقير المخدرة.

د ـ بيان كميات وانواع العقاقير المخدرة التي رخص باستيرادها او تصديرها وتاريخ الترخيص وأية بيانات اخرى.

(مادة ٤)

من اعطي ترخيصا بموجب المادة الثانية ورغب في استيراد او تصدير عقاقير مخدرة، يجب عليه ان يقدم طلباً بذلك لدائرة الصحة العامة عند كل استيراد او تصدير، يوضح به نوع هذه المواد والكمية والاسباب المبررة للاستيراد او التصدير. ولدائرة الصحة العامة الحق في رفض الطلب او تخفيض الكميات الموضحة به.

ولا يجوز تسليم العقاقير المخدرة التي تصل الى جمرك الكويت او تصديرها الى اية جهة اخرى الا بموجب ترخيص رسمي من دائرة الصحة العامة، يوضح به اسم الشخص او الجهة ورقم القيد بسجلات الدائرة والكميات المرخص باستيرادها او تصديرها والتاريخ. ويعتبر الترخيص لاغياً اذا لم يعمل به خلال ستين يوماً من تاريخ تحريره.

(مادة ٥)

يسري حكم المادة السابقة على طرود البريد المحتوية على عقاقير مخدرة، ويجب ان تكون هذه الطرود مؤمناً عليها.

(مادة ٦)

استثناء من حكم المادة الاولى، يجوز للافراد حيازة العقاقير المخدرة بالكميات التي يصفها لهم الاطباء المرخص لهم بمزاولة مهنة الطب في الكويت، لإستعمالهم الخاص ولأسباب صحية بحتة. ولا يجوز التنازل عن هذه العقاقير لأي شخص آخر مهما كانت الأسباب.

(مادة ٧)

لا يجوز لأي طبيب مرخص له بمزاولة مهنة الطب في الكويت ان يصف عقاقير مخدرة لأي مريض الا بقصد العلاج الطبي الصحيح. وتجب مراعاة الاحكام الخاصة بحيازة هذه العقاقير في العيادات الخاصة. ونظام صرفها للمرضى، وقيدها بالسجلات المذكورة في قانون مزاولة مهنتي الطب البشري وطب الاسنان.

(مادة ٨)

مع عدم الاخلال بأحكام قانون مزاولة مهنة الصيدلة وتنظيم الصيدليات، يجب على الصيادلة مراعاة التعليمات الآتية عند حيازة العقاقير المخدرة وصرفها: ـ

أ ـ يجب ان تحفظ العقاقير المخدرة في أوعية خاصة توضع عليها بطاقة تكتب عليها كلمة (سم). ويجب ان تحفظ هذه الاوعية داخل دولاب خاص، يحكم اغلاقه، ويحفظ مفتاحه بمعرفة الصيدلي المسؤول عن ادارة الصيدلية شخصياً.

ب ـ لا يجوز للصيادلة ان يصرفوا لأي شخص عقاقير مخدرة الا بموجب وصفة طبية، ويجب ان تكون الوصفة مستوفية للشروط الآتية:

١ ـ ان تكون صادرة من طبيب مرخص له بمزاولة مهنة الطب في الكويت.

٢ ـ أن تكتب بالحبر بخط واضح خالية من أي شطب أو كشط.

٣ ـ ان يبين بها اسم المريض ولقبه وسنه وعنوانه.

٤ ـ أن تؤرخ الوصفة وتوقع من الطبيب بتوقيعه الكامل.

٥ـ أن يبين بها اسم الطبيب بالكامل وعنوانه ورقم هاتفه ان وُجد.

(مادة ٩)

لا يجوز تكرار صرف وصفة طبية محتوية على عقار مخدر الا بموجب وصفة طبية جديدة.

(مادة ١٠)

لا يجوز صرف وصفة طبية محتوية على عقار مخدر للحقن تحت الجلد اذا انقضى يومان على تحرير الوصفة، ولا يحسب ضمن هذه المدة اليوم الذي حررت فيه الوصفة.

(مادة ١١)

يجب على الصيدلي ان يكتب على بطاقة الدواء المحتوي على عقار مخدر كلمة (سم) باللغة العربية واحدى اللغات الاجنبية. واذا كان الدواء معداً لمعالجة الاسنان. وجب ان يكتب على بطاقة الدواء (سم ـ للاسنان فقط). واذا كان معداً للحيوان، وجب ان يكتب على البطاقة (سم ـ للحيوان فقط).

(مادة ١٢)

جميع العقاقير المخدرة الواردة الى الصيدلية او المنصرفة منها يجب قيدها في دفتر خاص اولاً بأول، ويجب ان تكون صفحات هذا الدفتر مرقومة ومختومة بخاتم دائرة الصحة العامة، على أن تتضمن بيانات العقاقير الواردة تاريخ الورود والنوع والكمية والجهة الواردة منها ورقم وتاريخ ترخيص دائرة

الصحة العامة بالاستيراد، وان تتضمن بيانات الصرف اسم المريض ولقبه وسنه وعنوانه واسم الطبيب الذي حرر الوصفة وعنوانه وتاريخ الصرف ونوع وكمية المخدر المنصرفة وتوقيع الصيدلي الذي قام بالصرف. ويجب حفظ هذه الدفاتر بالصيدلية لمدة خمس سنوات من تاريخ آخر قيد تم بها.

(مادة ١٣)

لا يجوز رد الوصفات الطبية المحتوية على عقاقير مخدرة لحاملها بأي حال من الاحوال ويجب ان تحفظ بالصيدلية في ملف خاص، بعد ختمها بخاتم الصيدلية واثبات تاريخ الصرف وتوقيع الصيدلي عليها. ويجب ان تحفظ الوصفات في ملف خاص بالصيدلية لمدة خمس سنوات من تاريخ صرفها.

(مادة ١٤)

العقاقير المخدرة المسموح باستيرادها او تحرير وصفات طبية بها بمعرفة اطباء الاسنان وهي: امبول الكوكايين والادرنالين (٢٪ من الكوكايين على الاكثر) وامبول النوفوكايين (٥٪ من النوفوكايين على الاكثر)، واقراص هذه المواد المحتوية على واحد او اثنين سنتيجرام من الكوكايين او خمس سنتيجرام من النفوكايين على الاكثر ومحاليل هذه المواد المحتوية على مواد فعالة بشرط الا تزيد نسبة الكوكايين على ٢٪ ونسبة النوفوكايين على ٥٪ ومسحوق المورفين ومسحوق النوفوكايين.

(مادة ١٥)

ممنوع منعاً باتاً استيراد الافيون الطبي الذي تقل نسبة المورفين فيه عن ١٠ في المائة. وكل رسالة تستورد من الافيون الطبي يجب ان تكون مصحوبة بشهادة من الشركة او المصنع توضح فيها نسبة ما يحتوي عليه الافيون من

المورفين. وبغض النظر عن هذه الشهادة يكون لدائرة الصحة العامة الحق في اجراء التحاليل اللازمة للمواد المستوردة قبل الافراج عنها من الجمرك، ولا يجوز للصيادلة ان يستعملوا الافيون الخام او الافيون الطبي المسحوق في المستحضرات الاقربازينية الا اذا كان محتوياً على ١٠ في المائة من المورفين بالضبط.

(مادة ١٦)

كل شخص رخص له باستيراد وتصدير وحيازة العقاير المخدرة طبقاً لأحكام هذا القانون يجب عليه ان يقيد الوارد والمنصرف من هذه المواد اولاً فاولا في دفتر خاص، ويكون القيد بالحبر وبخط واضح خال من الكشط والشطب. ويجب ان تكون صفحات هذا الدفتر مرقومة ومختومة بخاتم دائرة الصحة العامة وان تتضمن بيانات العقاقير الواردة تاريخ الورود والجهة الواردة منها ونوعها وكمياتها ورقم وتاريخ ترخيص دائرة الصحة العامة باستيرادها، وان تتضمن بيانات المواد المنصرفة التاريخ والجهة او الشخص الذي صرفت له وعنوانه ومستندات الصرف وغير ذلك من البيانات الضرورية.

ويجب ان تكون هذه الدفاتر مستوفاة اولا فاولا، ويجب تقديمها لمندوبي دائرة الصحة العامة عند كل طلب.

ويجب ارسال كتاب موصى عليه الى دائرة الصحة العامة خلال الاسبوع الاول من كل شهر، يبين به الوارد والمنصرف من العقاقير المخدرة خلال الشهر السابق، وكذلك الباقي منها طبقاً للنماذج التي تعدها الدائرة لهذا الغرض.

(مادة ١٧)

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على ثلاث سنوات وبغرامة لا تجاوز ثلاثة آلاف روبية كل مخالفة لأحكام هذا القانون، وذلك مع عدم الاخلال بأية عقوبة اشد ينص عليها قانون الجزاء.

(مادة ١٧ مكررا)

* يصدر رئيس الصحة العامة قراراً ببيان الرسوم التي يجب دفعها لاتمام الاجراءات المنصوص عليها في هذا القانون.

(مادة ١٨)

على رؤساء الدوائر المختصة، كل فيما يخصه، تنفيذ هذا القانون ويعمل به من وقت نشره في الجريدة الرسمية. ويصدر رئيس دائرة الصحة العامة القرارات اللازمة لتنفيذه.

أمير الكويت

عبدالله السالم الصباح

صدر في الرابع من محرم ١٣٨٠

الموافق الثامن والعشرين من يونيو (حزيران) ١٩٦٠.

(*) مضافة بموجب القانون رقم ٥٠ لسنة ١٩٦٠.

جدول العقاقير المخدرة

الملحق بقانون مراقبة الاتجار بالعقاقير المخدرة واستعمالها في الكويت

١ ـ الافيون الخام والافيون الطبي ومستحضراتهما التي تكون نسبة المورفين فيها ٢ في الالف فما فوق.

٢ ـ المورفين والهيروين وجميع املاح هذه الجواهر ومشتقاتها.

٣ ـ الكوكايين واملاحه.

٤ ـ الايجونين.

٥ ـ القنب الهندي (الحشيش) وجميع مستحضراته ومشتقاته بأي اسم تعرض به في التجارة.

٦ ـ الديلوديد والبنزويل مورفين وبصفة عامة المواد المعبر عنها باسم «ايستر المورفين» كذا جميع مشتقات الايجونين التي يمكن استعمالها صناعياً في توليده.

٧ ـ الاسيديكون (اسيتيلو ديميتيلو ديهد وتيبايين).

٨ ـ جميع املاح ايستر المورفين والديهيدرو اوكسيكودينون الايكودال والديهيدرو كودينون، الديكوديد والديهيدرو موفينون (الديلوديد) وكذا جميع المستحضرات التي تحتوي على احدى المواد المذكورة ما عدا

محاليل الكارديازول ديكوديد المحتوية على الاقل على ١٠ في المائة من الكارديازول و٥ في الالف على الاكثر من ملح الديكوديد.

٩ ـ الديهدرومورفين (البارامورفان) واستراته واملاحه واسترات تلك الاملاح.

١٠ ـ املاح استرات المورفين.

١١ ـ استرات الايكودال والديكوديد والديلوديد والاسبريكون واسترات أملاحها.

١٢ ـ مورفين ـ ن اوكينسيد (الجينومورفين) ومشتقاته. وكذا جميع مشتقات المركبات المورفينية المحتوية على ازوت التي تتحد مع خمسة عناصر.

١٣ ـ املاح الاجيونين.

١٤ ـ البتيلين واملاحه.

١٥ ـ املاح ستيرات اوكسيد المورفين (البنزول مورفين) ما عدا البيتيل مورفين (الكودين والاتيل مورفين واملاحهما).

١٦ ـ جميع املاح الاسيتيلوديهيدرو تبيابين (الاسيديكون) وكذلك جميع مستحضرات هذه المادة أياً كانت نسبة الاسيديكون الموجود بها.

١٧ ـ المحاليل المعقمة مع المورفين او الايكودال مع الاتروبين المحتوية على ٢ في المائة على الاكثر من ملح المورفين او الايكودال و٠,٠٥ في المائة على الاقل من ملح الاتروبين بشرط ان تصرف بصفة امبول ١و١ سم٣.

مرسوم بالقانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٨٧
في شأن مكافحة المؤثرات العقلية وتنظيم استعمالها والاتجار فيها[1]

(١) مرفق رقم ٣.

مرسوم بالقانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٨٧
في شأن مكافحة المؤثرات العقلية وتنظيم استعمالها والاتجار فيها

بعد الاطلاع على الامر الاميري الصادر في ٢٧ من شوال سنة ١٤٠٦هـ الموافق ٣ من يوليه سنة ١٩٨٦م،

وعلى المواد ١٠ و١٥ و٣١ و٣٢ و٣٣ من الدستور،

وعلى قانون الجزاء الصادر بالقانون رقم ١٦ لسنة ١٩٦٠ والقوانين المعدلة له،

وعلى قانون الاجراءات والمحاكمات الجزائية الصادر بالقانون رقم ١٧ لسنة ١٩٦٠ والقوانين المعدلة له،

وعلى القانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٦٠ بمزاولة مهنة الصيدلة وتنظيم الصيدليات ومخازن الادوية والوسطاء ووكلاء مصانع وشركات الادوية والقوانين المعدلة له،

وعلى القانون رقم ٢٣ لسنة ١٩٦٨ بشأن نظام قوة الشرطة والقوانين المعدلة له،

وعلى القانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٨١ بشأن مزاولة مهنة الطب البشري

وطب الاسنان والمهن المعاونة لهما.

وعلى القانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣ في شأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها،

وبناء على عرض وزير الصحة العامة،

وبعد موافقة مجلس الوزراء،

اصدرنا القانون الآتي نصه:

مادة ١

في تطبيق احكام هذا القانون، يقصد بـ :

١ ـ الوزارة:

وزير الصحة العامة.

٢ ـ الوزير:

وزير الصحة العامة.

٣ ـ المستحضر:

كل مادة او محلول او مزيج مهما كان شكله الطبيعي او الصيدلاني يحتوي على مادة أو اكثر من مواد المؤثرات العقلية.

٤ ـ الصنع:

جميع العمليات التصنيفية او التركيبية التي يمكن بواسطتها الحصول على مادة او مستحضر او اكثر من مواد ومستحضرات المؤثرات العقلية ويدخل ـ

في ذلك عمليات التنقية، وتحويل مادة الى مادة اخرى او اكثر من مواد المؤثرات العقلية، ولا يعتبر صنعاً عمليات التركيب التي تجري في الصيدليات بناء على وصفة طبية.

مادة ٢

تعتبر مؤثرات عقلية في تطبيق احكام هذا القانون المواد والمستحضرات المدرجة في الجداول ارقام ١ و٢ و٣ و٤ و٥ المرافقة لهذا القانون سواء كانت هذه المواد طبيعية او مصنعة.

ومع ذلك فلا تسري على المستحضرات المدرجة بالجدول رقم ٥ المرافق لهذا القانون سوى الاحكام الواردة بالمواد ١٦ و١٧ و٢٠ و٣٢ و٣٣ و٣٤ و٣٥ من هذا القانون.

مادة ٣

لا يجوز استيراد او تصدير او انتاج او تملك او احراز او حيازة او الاتجار او شراء او بيع او نقل او تسليم او تسلم او وصف او صرف مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها ايا كانت شكلها او المقايضة عليها او النزول عنها بأية وصفة او التوسط في شيء من ذلك الا في الاحوال وبالشروط المنصوص عليها في هذا القانون.

الفصل الاول

في الاستيراد والتصدير والنقل

مادة ٤

لا يجوز استيراد مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها او تصديرها او نقلها الا بمقتضى ترخيص كتابي من الوزير.

مادة ٥

لا يجوز منح الترخيص باستيراد او تصدير او نقل مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها الا للأشخاص والجهات الآتية:

١ ـ وكلاء شركات الادوية المرخص لهم.

٢ ـ مديري معامل التحاليل الكيماوية.

٣ ـ مديري مصانع الادوية المرخص بها.

٤ ـ مديري المؤسسات العلاجية الاهلية المرخص بها.

٥ ـ الجهات الكحومية والمؤسسات العلمية المعترف بها.

مادة ٦

لا يجوز منح ترخيص استيراد او تصدير او نقل مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها الواردة في الجدول رقم (١) أياً كانت نسبة المؤثر العقلي في المادة او المستحضرا وأياً كان شكلها الصيدلاني الا لأغراض البحث العلمي او للوزارة.

مادة ٧

لا يجوز منح ترخيص استيراد او تصدير او نقل مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها الواردة في الجدول رقم (٢) أياً كانت نسبة المؤثر العقلي او المستحضر وأياً كان شكلها الصيدلاني الا للوزارة والمؤسسات العلمية المعترف بها ومديري كل من المؤسسات العلاجية الاهلية ومصانع الادوية المرخص بها.

مادة ٨

لا يجوز منح ترخيص استيراد او تصدير او نقل مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها الواردة في الجدولين رقمي ٣ و٤ غير المصنعة إلا للجهات الحكومية والمؤسسات العلمية المعترف بها ومديري كل من المؤسسات العلاجية الاهلية ومصانع الادوية المرخص بها.

مادة ٩

لا يجوز منح الترخيص المشار اليه في المادة (٥) الى الأشخاص التالية:

١ ـ المحكوم عليه بعقوبة مقيدة للحرية في جناية.

٢ ـ المحكوم عليه في احدى الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون.

٣ ـ المحكوم عليه بعقوبة مقيدة للحرية في جريمة مخلة بالشرف او الامانة ما لم يكن قد رد اليه اعتباره.

٤ ـ من سبق فصله تأديبياً من الوظائف العامة لأسباب مخلة بالشرف او الامانة ما لم تنقض ثلاث سنوات من تاريخ الفصل نهائيا.

مادة ١٠

ينشأ بالوزارة سجل خاص يقيد به المرخص لهم في استيراد او تصدير او نقل مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها، ويصدر الوزير قراراً بالبيانات التي يتضمنها السجل وطريقة القيد فيه.

مادة ١١

على المرخص له في استيراد او تصدير او نقل مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها ان يقدم طلباً بذلك الى الوزارة يبين فيه اسمه وعنوانه وعمله واسماء هذه المواد ومستحضراتها كاملة وشكلها والكمية التي يراد استيرادها او تصديرها او نقلها .والتاريخ التقريبي لأي منها وجهة الاستيراد او التصدير والنقل مع بيان الاسباب التي تبرر الاستيراد او التصدير او النقل وكذلك البيانات الاخرى التي تطلبها الوزارة.

ويعتبر الترخيص الصادر من الوزارة في هذا الشأن كأن لم يكن اذا لم يعمل به خلال تسعين يوماً من تاريخ صدوره.

وللوزير الحق في رفض الطلب او خفض الكمية الموضحة به وفقاً لمقتضيات المصلحة العامة.

مادة ١٢

لا يجوز تسليم مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها التي تدخل المنطقة الجمركية او تصديرها الا بموجب اذن افراج او ترخيص تصدير صادر من الوزارة يوضح به البيانات التي يصدر بها قرار من الوزير.

وعلى الادارة العامة للجمارك في حالتي الاستيراد والتصدير تسلم اذن

الافراج او ترخيص التصدير من اصحاب الشأن واعادته الى الوزارة وتحفظ نسخة من هذا الاذن او الترخيص لدى هذه الادارة وصاحب الشأن.

ويعتبرالاذن كأن لم يكن اذا لم يعمل به خلال تسعين يوماً من تاريخ صدوره. ولا يجوز الافراج عن هذه المواد او المستحضرات الا بعد الحصول على اذن جديد.

مادة ١٣

لا يجوز الافراج عن مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها الا بعد التثبت من صلاحيتها للاستعمال ومطابقتها للمواصفات والبيانات الواردة بترخيص الاستيراد وذلك بتقرير من مركز مراقبة وتسجيل الادوية.

مادة ١٤

لا يجوز استيراد او تصدير مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها المرخص بها داخل طرود محتوية على مواد اخرى. ويجب ان يكون ارسالها ـ ولو كانت بصفة عينة ـ داخل طرد مؤمن عليه. وان يبين عليها اسم العقار المؤثر عقلياً بالكامل وطبيعته وكميته ونسبة المادة أو المستحضر المؤثر عقلياً فيه.

مادة ١٥

لا يجوز استيراد او تصدير مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها عن طريق البريد.

مادة ١٦

يجب على المرخص له في تصدير مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها ان يرفق مع كل طرد نسخة من ترخيص التصدير، وعلى الوزارة ان ترسل

بالبريد المسجل بعلم الوصول نسخة من هذا الترخيص الى المستورد. وان تطلب منه اعادته اليها بعد استلام المواد او المستحضرات المرخص بها مؤشراً عليه بما يفيد الاستلام وتاريخه والكمية المستلمة.

الفصل الثاني

الاتجار في مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها

مادة ١٧

لا يجوز الاتجار في مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها بعد الحصول على ترخيص في ذلك من الوزير وفقاً للشروط الاجراءات التي يصدر بها قرار منه.

مادة ١٨

لا يجوز منح الترخيص في الاتجار في مواد المؤثرات العقلية او المستحضرات للاشخاص المشار اليهم في المادة (٩) من هذا القانون.

مادة ١٩

لا يرخص بالاتجار في مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها إلا في صيدلية او مستودع او مصنع ادوية. يجب ان تتوافر فيها الاشتراطات التي تحدد بقرار من الوزير.

مادة ٢٠

لا يجوز لمديري المحال المرخص لهم في الاتجار في مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها ان يبيعوها او يسلموها او يتنازلوا عنها بأية صفة كانت الا للأشخاص والجهات المنصوص عليها في المادة (٥) من هذا القانون.

الفصل الثالث

حيازة مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها

مادة ٢١

استثناء من احكام المادة (٣) من هذا القانون، يجوز للأفراد حيازة مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها لاستعمالهم الخاص او لأسباب صحية بحتة وذلك في حدود الكميات التي يصفها لهم اطباء مرخص لهم في مزاولة مهنة الطب في الكويت، ولا يجوز التنازل عن هذه المواد او المستحضرات لاي شخص آخر مهما كانت الأسباب.

ولا يجوز للأطباء المشار اليهم ان يصفوا مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها لاي فرد الا بقصد الاستعمال الخاص والعلاج الطبي اللازم.

مادة ٢٢

يجوز للطبيب المرخص له في مزاولة مهنة الطب في الكويت ان يصف مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية وذلك بموجب وصفة طبية خاصة

ويحدد الوزير بقرار منه البيانات والشروط الواجب توافرها في الوصفة الطبية.

على انه لا يجوز للطبيب ان يحرر لنفسه وصفة طبية بأية كمية من مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها لاستعماله الخاص او لعلاجه الطبي.

مادة ٢٣

يجوز للطبيب المرخص له في مزاولة مهنة الطب في الكويت حيازة كمية مناسبة من مواد ومستحضرات المؤثرات العقلية للقيام بعلاج المرضى في الحالات الطارئة ويصدر الوزير قراراً بالاجراءات الواجب اتباعها في حيازة وحفظ واعادة هذه المواد والمستحضرات الى الجهة التي صرفت منها.

مادة ٢٤

يجوز للطبيب البيطري ان يحرر وصفة طبية بصرف مواد ومستحضرات المؤثرات العقلية الواردة في الجداول ارقام (٢، ٣، ٤) المرافقة لهذا القانون بالكميات اللازمة لعلاج واسر الحيوان ويصدر الوزير قراراً بالاجراءات الوجب اتباعها عند حيازة هذه المواد للأغراض البيطرية.

مادة ٢٥

لا يجوز للصيدلي ان يصرف أية كمية من مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية الا بموجب وصفة طبية صادرة من طبيب مرخص له في مزاولة مهنة الطب في الكويت ولا يجوز صرفها بعد مضي خمسة ايام من تاريخ تحريرها.

مادة ٢٦

لا يجوز للصيدلي ان يصرف اية كمية من مواد او مستحضرات مؤثرات عقلية الى حاملها ويعطي له ما يثبت صرف الكمية المصروفة من الصيدلية وتاريخ صرفها وتوقيع الصيدلي الذي قام بالصرف وخاتم الصيدلية.

ويجب على الصيدلي ان يحتفظ بهذه الوصفات الطبية وقيدها في سجل خاص ويصدر الوزير قراراً بالبيانات التي يتضمنها السجل وطريقة القيد فيه.

مادة ٢٧

يجب قيد جميع مواد ومستحضرات المؤثرات العقلية التي ترد الى الصيدلية يوم ورودها والكميات التي تصرف منها في ذات يوم صرفها في سجل خاص تكون صفحاته مرقمة ومختومة بخاتم الوزارة.

ويدون في هذا السجل جميع البيانات التي يصدر بها قرار من الوزير.

مادة ٢٨

ويجوز لمن يحددهم الوزير من افراد المهن المعاونة لمهنة الطب حيازة مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية بغرض علاج المرضي في الحالات الطارئة خارج المستشفيات والمراكز الصحية على ان يحتفظ بهذه المواد او المستحضرات في شكلها الذي يتفق مع استعمالها الطبي المعد له دون تغيير ويصدر الوزير قراراً بالكمية اللازمة لهذا الغرض والاجراءات الواجب اتباعها في حيازتها واعادتها الى الجهة التي صرفت منها.

مادة ٢٩

يجوز لقائدي وسائل النقل الدولية كويتية الجنسية حيازة كمية محدودة من مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية المدرجة في الجداول ارقام (٢، ٣، ٤) المرافقة لهذا القانون وذلك لأغراض الاسعاف الأولى والحالات الطارئة على هذه الوسائل ويصدر الوزير قراراً بتحديد هذه الكيمة وطريقة صرفها وتداولها.

مادة ٣٠

يجوز للقادمين الى البلاد ادخال مستحضرات المؤثرات العقلية الواردة في الجداول ارقام (٢، ٣، ٤) بالكمية اللازمة لعلاجهم لمدة شهر على الاكثر على ان يقدموا التقارير او الوصفات الطبية التي تثبت ذلك ولا تفرج الادارة العامة للجمارك عن هذه المستحضرات الا بعد التصديق على هذه لتقارير او الوصفات الطبية من الجهات التي يحددها الوزير.

مادة ٣١

تنظم بقرار من الوزير طريقة تداول مواد مستحضرات المؤثرات العقلية لدى جميع المرخص لهم في استيرادها او تصديرها او نقلها المنصوص عليهم في المادة (٥) من هذا القانون.

الفصل الرابع

في انتاج مواد المؤثرات العقلية وصنع المستحضرات المحتوية عليها

مادة ٣٢

لا يجوز انتاج او فصل او صنع اية مادة من مواد المؤثرات العقلية او مستحضراتها الا في مصانع الادوية المرخص لها وبترخيص خاص من الوزير.

مادة ٣٣

يجب على مصانع الادوية المرخص لها ان تدون في النشرات الموجودة داخل عبوات مستحضرات المؤثرات العقلية او على البطاقات الملصقة على هذه العبوات او كلاهما التعليمات الخاصة بطريقة استعمال المستحضرات والتحذيرات من استعمالها وأية بيانات اخرى ترى الوزارة تدوينها لسلامة من يستعملها.

الفصل الخامس

احكام عامة

مادة ٣٤

يجب على كل مَن رخص له في استيراد او تصدير او حيازة او الاتجار في مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية ان يقيد هذه المواد او المستحضرات

في سجل خاص ويصدر الوزير قرارا بالبيانات التي يتضمنها السجل وطريقة القيد فيه.

ويجب تقديم ذلك السجل لمندوبي الوزارة عند كل طلب.

وعلى مديري الصيدليات والمحال المرخص لهم في الاتجار واستعمال المواد او المستحضرات المشار اليها ان يرسلوا بكتاب مسجل يعلم الوصول إلى الوزارة في خلال الاسبوع الاول من تلك المواد او المستحضرات خلال الفترة المذكورة طبقاً للنماذج التي تعدها الوزارة لهذا الغرض.

ويسري ذلك على المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية والاهلية وعيادات الاطباء المرخص لهم في مزاولة مهنة الطب في الكويت.

مادة ٣٥

يجب حفظ السجلات المنصوص عليها في هذا القانون لمدة ثلاث سنوات من تاريخ آخر قيد تم فيها، كما تحفظ تراخيص الاستيراد والتصدير وأذونات الافراج والفواتير الخاصة بالاستيراد وتصدير مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها والوصفات الطبية المنصوص عليها في هذا القانون للمدة ذاتها من التاريخ المثبت عليها.

مادة ٣٦

يجوز بقرار من الوزير تعديل الجداول الملحقة بهذا القانون بالحذف او الاضافة او النقل وذلك بناء على اقتراح من اللجنة التي يصدر بتشكيلها قرار من الوزير.

الفصل السادس

العقوبات

مادة ٣٧

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على خمس عشرة سنة وغرامة لا تجاوز خمسة عشر ألف دينار.

أ ـ كل من استورد او صدر بقصد الاتجار مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية بغير الحصول على الترخيص المنصوص عليه في المادة (٤) من هذا القانون.

ب ـ كل من انتج او فصل او صنع أي مادة او مستحضر مؤثر عقلي بغير الحصول على الترخيص المنصوص عليه في المادة (٣٢) من هذا القانون.

وتكون العقوبة بالحبس المؤبد او المؤقت مدة لا تزيد عن خمس عشرة سنة وغرامة لا تجاوز عشرين الف دينار في حالة العود او اذا كان الجاني من الموظفين المنوط بهم مكافحة المؤثرات العقلية او الرقابة على تداولها او حيازتها.

مادة ٣٨

يعقاب بالحبس مدة لا تزيد على عشر سنوات وبغرامة لا تجاوز عشرة آلاف دينار:

أ ـ كل من حاز او اشترى او باع مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها او

تسلمها او نقلها او نزل عنها او تبادل عليها وصرفها بأية صفة كانت او توسط في شيء منها وكان ذلك بقصد الاتجار فيها أو اتجر فيها بأية صورة في غير الاحوال المرخص بها في هذا القانون.

ب ـ كل من قدم او سهل بمقابل للتعاطي مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية في غير الاحوال المصرح بها في هذا القانون.

ج ـ كل من رخص له في حيازة مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها لاستعمالها في غرض او اغراض معينة يكون قد تصرف فيها بمقابل بأية صفة كانت في غير تلك الاغراض.

د ـ كل من ادار او اعد او هيأ بمقابل مكاناً لتعاطي مواد ومستحضرات المؤثرات العقلية.

فاذا ارتكبت الجرائم المنصوص عليها في الفقرات (ب، ج، د) بغير مقابل تكون العقوبة الحبس مدة لا تزيد على خمس سنوات وغرامة لا تجاوز خمسة آلاف دينار.

وتكون العقوبة بالحبس مدة لا تزيد على خمسة عشرة سنة وغرامة لا تجاوز خمسة عشر الف دينار في حالة العود او اذا كان الجاني من الموظفين المنوط بهم مكافحة مواد المؤثرات العقلية او الرقابة على تداولها او حيازتها

مادة ٣٩

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على خمس سنوات وبغرامة لا تجاوز خمسة آلاف دينار كل من جلب او حاز او احرز او اشترى او انتج او فصل مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية وكان ذلك بقصد التعاطي او الاستعمال الشخصي ما لم يثبت انه قد رخص له في ذلك طبقاً لأحكام هذا القانون.

ويجوز للمحكمة بدلاً من توقيع العقوبة المنصوص عليها في الفقرة السابقة ان تأمر بايداع من يثبت اعتماده على تعاطي مواد المؤثرات العقلية احدى المصحات التي يحددها الوزير يعالج فيها الى ان تقدم لجنة ـ يصدر بتشكيلها قرار من الوزير ـ تقريراً عن حالته الى المحكمة لتقرر الافراج عنه او استمرار ايداعه لمدة او لمدد اخرى ولا يجوز ان تقل مدة الايداع بالمصح عن ثلاثة اشهر ولا تزيد على سنتين.

ولا يجوز ان يودع في المصح من سبق الامر بايداعه وثبت عدم امتثاله للعلاج عمدا.

مادة ٤٠

لا تقام الدعوى الجزائية على مَن يتقدم من متعاطي مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية من تلقاء نفسه للعلاج.

ويوضع المريض تحت الملاحظة بالمصح لمدة لا تزيد على ثلاثة اسابيع فاذا ثبت اعتماده وحاجته الى العلاج وقع اقرار بقبول بقائه بالمصح مدة لا تزيد على ثلاثة اشهر فان شفي خلالها تقرر ادارة المصح خروجه وان رأت حاجته الى العلاج بعد انتهاء فترة الملاحظة او استمرار بقائه بعد مدة الثلاثة اشهر ولم يوافق المريض على ذلك كتابة تقدم تقريراً الى لجنة يصدر بتشكيلها قراراً من الوزير وتقرر اللجنة بعد سماع اقوال المريض خروجه او استمرار بقائه بالمصح للعلاج لمدة او لمدد اخرى على الا تزيد مدة بقائه على سنة وعلى ادارة المصح إخطار المريض كتابة بالقرار الصادر باستمرار ايداعه خلال ثلاثة ايام من تاريخ صدوره وعليها تنفيذ قرار الخروج خلال الاربع والعشرين ساعة التالية لصدوره.

ويجوز للمريض التظلم من اقرار اللجنة المشار اليها باستمرار ايداعه الى محكمة الجنايات وذلك خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ اخطاره.

مادة ٤١

يجوز لأحد الزوجين او اي من الاقارب حتى الدرجة الثانية ان يطلب الى النيابة العامة ايداع زوجه او قريبه الذي يشكو اعتماده على مواد المؤثرات او المستحضرات العقلية احد المصحات للعلاج كما يجوز ذلك للجهة الحكومية التي يعمل بها المعتمد على هذه المواد او المستحضرات.

وللنيابة العامة ان تقرر ايداع المشكو احد المصحات وذلك بصفة مؤقتة ولمدة لا تزيد على ثلاثة اسابيع.

وعلى النيابة العامة متى استظهرت من التحقيق وتقرير مستشفى الطب النفسي جدية الطلب ان تحوله الى محكمة الجنايات لتفصل فيه برفضه او بايداع المشكو احد المصحات للعلاج وفقاً لحكم الفقرة الثانية من المادة (٣٩) من هذا القانون وذلك في جلسة سرية بعد سماع اقوال طرفي الشكوى والنيابة العامة وما قد ترى اجراءه من تحقيق.

ويجوز للمحكمة سواء من تلقاء نفسها او بناء على طلب النيابة العامة ان تأمر بوضع المطلوب ايداعه تحت الملاحظة باحد المصحات لمدة لا تزيد على ثلاثة اسابيع لفحصه طبياً قبل الفصل في الطلب متى وجدت ضرورة لذلك.

واذا ثبت كيدية الطلب عوقب مقدمه بالحبس مدة لا تزيد على ستة اشهر وبغرامة لا تجاوز الف دينار او باحدى هاتين العقوبتين.

مادة ٤٢

الاحكام الصادرة بالايداع طبقاً للمواد (٣٩، ٤٠، ٤١) من هذا القانون لا يجوز االطعن عليها بالاستئناف ولا تعتبر سابقة في احكام العود.

مادة ٤٣

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على سبع سنوات وبغرامة لا تجاوز خمسة آلاف دينار كل من حاز او أحرز او اشترى او سلم او نقل او انتج او فصل او صنع مواد او مستحضرات مؤثرة عقلياً وكان ذلك بغير قصد الاتجار او التعاطي او الاستعمال الشخصي وفي غير الاحوال المرخص بها قانونا.

مادة ٤٤

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على سنة وبغرامة لا تجاوز ألف دينار او باحدى هاتين العقوبتين كل من ضبط في اي مكان اعد او هيىء لتعاطي مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية وكان يجري فيه التعاطي مع علمه بذلك.

ولا يسري حكم هذه المادة على الزوج او الزوجة او اصول وفروع من اعد او هيأ هذا المكان او من يشاركه في السكن.

مادة ٤٥

يعاقب بغرامة لا تزيد على الف دينار كل من رُخص له في الاتجار في مواد ومستحضرات المؤثرات العقلية او حيازتها ولم يمسك السجلات المنصوص عليها في المواد ٢٦ فقرة ثانية، ٢٧، ٣٤ من هذا القانون او تعمد اخفاءها.

ويعاقب بغرامة لا تزيد على خمسمائة دينار كل من رخص له في الاتجار في مواد او مستحضرات المؤثرات العقلية او حيازتها ولم يقم بالقيد في السجلات المنصوص عليها في المواد المشار اليها.

مادة ٤٦

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على ثلاثة اشهر وبغرامة لا تجاوز خمسمائة دينار او باحدى هاتين العقوبتين كل من خالف أحكام المواد ١٦، ١٧، ٢٠، ٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥ بالنسبة لمستحضرات المؤثرات العقلية المدرجة بالجدول رقم (٥) المرافق لهذا القانون وكل من ارتكب اية مخالفة اخرى لاحكام هذا القانون والقرارت المنفذة له.

ويحكم بالغلق عند مخالفة حكم المادة (١٩) من هذا القانون.

ويجوز الحكم بوقف المخالف عن مزاولة المهنة لمدة مساوية العقوبة المقيدة للحرية عند مخالفة احكام المواد ٢٢ فقرة ثانية، ٢٣، ٢٥، ٣٤ فقرة رابعة.

مادة ٤٧

يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز خمسة عشرة سنة كل من تعدى على احد الموظفين القائمين على تنفيذ هذا القانون او قاومه بالقوة او العنف اثناء تأدية وظيفته او بسببها وتكون العقوبة بالحبس المؤبد او المؤقت مدة لا تجاوز خمس عشرة سنة اذا نشأ عن التعدي عاهة مستديمة او تشويه جسيم لا يحتمل زواله واذا كان الجاني يحمل سلاحاً او كان من رجال السلطة المنوط بهم المحافظة على الامن.

وتكون العقوبة الاعدام اذا أفضى التعدي الى الموت.

ويعاقب بالاعدام كذلك كل من قتل عمداً احد الموظفين القائمين على تنفيذ هذا القانون اثناء تأدية وظيفته او بسببها.

مادة ٤٨

يعفى من العقوبات المقررة بالمادتين ٣٧ و٣٨ من هذا القانون كل من بادر من الجناة بابلاغ السلطات العامة عن الجريمة ومرتكبيها قبل علمها بها.

مادة ٤٩

يحكم في جميع الاحوال بمصادرة مواد ومستحضرات المؤثرات العقلية المضبوطة.

كما يحكم بمصادرة الادوات والاجهزة والاوعية المستعملة ووسائل النقل المضبوطة والتي تكون قد استخدمت في ارتكاب الجريمة وذلك دون الاخلال بحقوق الغير حسني النية.

مادة ٥٠

تعدم مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها المحكوم بمصادراتها بواسطة لجنة يرأسها احد اعضاء النيابة العامة ويصدر بتشكيلها واجراءاتها قرار من النائب العام وتضم اللجنة مندوباً واحداً من الوزارة على الاقل.

ويجوز للنائب العام ان يأذن بتسليم تلك المواد او المستحضرات الى اية جهة حكومية للانتفاع بها في الاغراض العلاجية او الصناعية او العملية وذلك بالاتفاق مع الوزارة.

مادة ٥١

تعدم اللجنة المنصوص عليها في المادة السابقة مواد المؤثرات العقلية ومستحضراتها التي يثبت الفحص المخبري عدم صلاحيتها او التي ينتهي تاريخ صلاحيتها.

مادة ٥٢

يكون لمدير ادارة مكافحة المخدرات وآمر سلاح الحدود ومعاونيهما من الضباط صفة المحققين بما يختص بالجرائم المنصوص عليها في هذا القانون.

مادة ٥٣

لموظفي الوزارة الذين يعينهم الوزير دخول وتفتيش محال ومخازن ومستودعات الاتجار في مواد ومستحضرات المؤثرات العقلية والصيدليات والمستشفيات والمصحات والعيادات ومصانع الادوية ومعامل التحليل الكيماوية والصناعية والمعاهد العلمية وذلك للتحقق من تنفيذ احكام هذا القانون وكذلك المواد او مستحضرات المؤثرات العقلية محل المخالفة وتحرير المحاضر اللازمة بها.

وفيما عدا حالة التلبس لا يجوز للمحققين تفتيش الاماكن الواردة في الفقرة السابقة الا بحضور احد موظفي الوزارة المشار اليهم.

مادة ٥٤

تصدر القرارات اللازمة لتنفيذ هذا القانون من الوزير.

مادة ٥٥

على الوزراء - كل فيما يخصه - تنفيذ هذا القانون ويعمل به بعد ستة شهور من تاريخ نشره في الجريدة الرسمية.

امير الكويت

جابر الاحمد

رئيس مجلس الوزراء

سعد العبدالله السالم الصباح

وزير الصحة العامة

عبدالرحمن عبدالله العوضي

صدر بقصر السيف في: ٨ محرم ١٤٠٨ هـ

الموافق: ١ سبتمبر ١٩٨٧ م

مرسوم ٨٩/١٣٣

بانشاء اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات[1]

(١) مرفق رقم ٤.

مرسوم ١٣٣/ ٨٩

بانشاء اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات

بعد الاطلاع على الدستور،

وعلى القانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣ في شان مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها،

وعلى المرسوم الصادر في ٧ من يناير سنة ١٩٧٩ في شان وزارة الداخلية،

وبناء على عرض وزير الداخلية،

وبعد موافقة مجلس الوزراء،

رسمنا بالآتي

مادة اولى

تنشأ لجنة دائمة تسمى «اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات» برئاسة وزير الداخلية وعضوية كل من:

- وكيل وزارة الداخلية.
- وكيل وزارة الصحة العامة.
- وكيل وزارة التربية.

- وكيل وزارة التعليم العالي.

- وكيل وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.

- ممثل بدرجة وكيل وزارة مساعد على الاقل لكل من الوزارات التالية:

العدل، الاعلام، التخطيط، الاوقاف والشؤون الاسلامية، وزارة المالية - ادارة الجمارك .

- تسعة اشخاص من ذوي الرأي والخبرة والاختصاص في مجال مكافحة المخدرات ومن اعضاء جمعيات النفع العام المعنية في هذا الشأن يختارون بقرار من مجلس الوزراء بناء على ترشيح وزير الداخلية وذلك لمدة سنتين قابلة للتجديد.

- ويكون للجنة أمين عام يختاره وزير الداخلية.

مادة ثانية

تتولى اللجنة معاونة وزير الداخلية والجهات المعنية في رسم السياسة العامة لمكافحة المخدرات بما يكفل التنسيق والتعاون وتنظيم الجهود الرسمية والاهلية في هذا المجال واقتراح الخطط والبرامج التنفيذية لهذه السياسة ومتابعة تنفيذها وتقويمها على المستويين الوقائي والعلاجي.

كما تعمل على توعية الرأي العام والتعبئة الشعبية في مجال مكافحة المخدرات بالتعاون مع اجهزة الاعلام والاتصالات المختلفة.

وتعنى اللجنة بالبحوث والدراسات العلمية في هذا المجال وتوجيهها وكيفية الافادة العلمية من نتائجها، كما تقوم ببحث اساليب التنسيق

والتعاون مع الجهات الاقليمية والدولية ذات العلاقة بما يساهم في تبادل الخبرات والمعلومات ومسايرة التطور العلمي والتقني في مجال مكافحة المخدرات.

وللجنة ان تشكل لجاناً فرعياً من اعضائها او من غيرهم لدراسة ما يعهد اليها من موضوعات واداء ما تقرره من اعمال ولها ان تستعين في اعمالها بالجهات والاشخاص ذوي العلاقة والخبرة ودعوة من تراه لحضور اجتماعاتها لمناقشة موضوعات معينة عند الاقتضاء.

مادة ثالثة

تجتمع اللجنة بدعوة من رئيسها اربع مرات على الاقل سنوياً ويجوز للرئيس دعوة اللجنة للاجتماع كلما دعت الحاجة لذلك، وتوجه الدعوة للاجتماع بكتاب من الامين العام مرفقاً به جدول الاعمال وذلك في حدود اختصاصات اللجنة.

ويتولى امين عام اللجنة اعداد جدول الاعمال بموافقة الرئيس.

ولا يجوز مناقشة اي موضوع غير مدرج في جدول الاعمال الا في حالة الضرورة فللرئيس ان يعرض على اللجنة موضوعات اضافية لم تدرج في الجدول.

مادة رابعة

تضع اللجنة لائحة داخلية بتنظيم سير اعمالها وتصدر بقرار من رئيسها.

مادة خامسة

تدرج الاعتمادات المالية الخاصة باللجنة في ميزانية وزارة الداخلية.

مادة سادسة

على الوزراء - كل فيما يخصه - تنفيذ هذا المرسوم ويعمل به من ١٩٩٠/١/١ وينشر في الجريدة الرسمية.

امير الكويت

جابر الأحمد

رئيس مجلس الوزراء

سعد العبدالله السالم الصباح

وزير الداخلية

سالم الصباح

صدر بقصر بيان في: ١٦ ربيع الاول - ١٤١٠ هـ.

الموافق: ١٦ اكتوبر ١٩٨٩ م

الاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية[1]

---

(١) مرفق رقم ٥.

الاستراتيجية العربية

لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية

بسم الله الرحمن الرحيم

الإستراتيجية العربية

لمكافحة الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية أقرها مجلس وزراء الداخلية العرب في دور انعقاده الخامس في تونس بقراره رقم 72 بتاريخ 1986/12/2 التالي:

أولا:

اعتماد مشروع الاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية بصيغته المرفقة.

ثانيا:

دعوة الدول الأعضاء لاتخاذ الإجراءات الكفيلة بتنفيذ ما يخصها في الإستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، وتكليف الأمانة العامة بمتابعة التنفيذ، والتعاون مع الدول الأعضاء في هذا المجال.

ثالثا :

تكليف الأمانة العامة القيام بالتعاون مع المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، بإعداد خطة مرحلية مدتها خمس سنوات لتنفيذ ما تنطوي عليه الإستراتيجية المذكورة من مهام تخص الأمانة العامة والمركز، وعرض الخطة على المجلس بدور انعقاده القادم للنظر في إقراره.

الإستراتيجية العربية

لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية

اهداف الإستراتيجية

لقد فرضت المخدرات الطبيعية وجودها على المجتمعات الانسانية منذ قرون طويلة، بسبب الحاجة اليها لاستعمالها كعلاج لأمراض واضطرابات بدنية وعقلية ونفسية عديدة. كما فرضت المؤثرات العقلية للأسباب ذاتها وجودها على المجتمعات الحديثة. ونتيجة لهذه الحقيقة الواقعة، فإن الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية تنطلق من الأهداف التالية:

1ـ بهدى من الشريعة الاسلامية، وفي إطار وحدة الأمن العربي وتكامله، تحقيق أكبر قدر ممكن من التعاون الأمني العربي لمكافحة الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية.

2ـ الغاء الزراعات غير المشروعة للنباتات المنتجة للمواد المخدرة والمؤثرات العقلية، وإحلال زراعات بديلة لها من خلال خطة تنمية شاملة لمناطق زراعتها.

3ـ فرض رقابة شديدة على مصادر المواد المخدرة والمؤثرات العقلية لتحقيق التوازن بين عرضها وطلبها المشروعين، والإقلال إلى أدنى حد ممكن من عرضها وطلبها غير المشروعين.

4ـ في ضوء مبادىء الشريعة الاسلامية وتعاليمها وأحكامها، تتم الأطر

والوسائل الخاصة بمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية وعلاج المدمنين

مجالات ومقومات الإستراتيجية

يتعذر على أية دولة عربية أن تتصدى وحدها لمشكلة الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، لتحقيق الأهداف المذكورة فهذه المشكلة ذات أبعاد محلية وعربية ودولية، ولا يمكن مواجهتهاإلا بتعاون استراتيجي مشترك، يتم في آن واحد على الصعيد المحلي والعربي والإقليمي والثنائي والدولي، من خلال: السياسة الوطنية المحلية، والتعاون العربي، والتعاون العربي ـ الإقليمي والثنائي، والتعاون العربي ـ الدولي .

أولا: السياسة الوطنية المحلية:

لا يعطي أي تعاون في مجال مكافحة الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية على الصعيد الدولي والعربي والإقليمي والثنائي ثماره، إلا إذا ترافق بسياسة وطنية ومحلية، يتعاون على تنفيذها الى جانب الجهات الأمنية، جميع الجهات الحكومية والشعبية التي تعمل في ميدان البناء الإجتماعي والإقتصادي. فالنضال ضد الإجرام عامة، والإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية خاصة، قضية مشتركة تقع على عاتق المجتمع بأسره، وتتحمل مسؤوليتها جميع المؤسسات والمنظمات الإجتماعية والإقتصادية والصحية وجميع أفراد الشعب، وتحشد لنجاحها كل

الجهود الأمنية والإعلامية والتربوية وجهود المواطنين كافة. وينبغي أن تتضمن السياسة المحلية الإجراءات التالية:

1 ـ إنشاء لجنة وطنية: تشكل في كل دولة عربية لجنة يطلق عليها«اللجنة الوطنية لمكافحة الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية»، تضم المسؤولين من أعلى مستوى عن الشؤون الإجتماعية والصحية والإعلامية والتربوية والأمنية والقانونية، وتتولى مهمة وضع الخطط والبرامج ورسم السياسات في كل ما يتعلق بمراقبة المخدرات والمؤثرات العقلية ومكافحة استعمالها غير المشروع، كما تضع الخطط اللازمة لتخفيض حجم المؤثرات العقلية بالموازنة بين العرض والطلب، وتضع الضوابط الخاصة بأذونات استيراد المواد المخدرة ومراقبة شحنها وفحص أحوال المتعاقدين.

2 ـ إنشاء إدارة متخصصة: تنشأ في كل دولة عربية إدارة متخصصة في قضايا مراقبة المخدرات ومكافحة استعمالها غير المشروع، وتكون ذات اتصال مباشر بالإدارات المماثلة لها في الدول العربية الأخرى والمكتب المتخصص بشؤون المخدرات في الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب والمنظمات الدولية ذات الشأن، وتتعاون الإدارة مع اللجنة الوطنية العليا في تحقيق أهدافها.

3 ـ الوقاية: الوقاية من الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية بمفهومها العلمي الصحيح، لا تعني فقط إجراءات منع زراعة وإنتاج وتصنيع هذه المواد وتهريبها والإتجار فيها وفرض جزاءات شديدة على مخالفة ذلك، بهدف الإخافة والردع، بل هي عمل علمي مدروس، موجه نحو المواطن لتنشئته وفق سلوك اجتماعي سليم، وتحصينه بالمبادىء الأخلاقية والدينية، وتنمية شعوره بالواجب، وصقل شخصيته الإنسانية وتأهيلها وتعويدها على الإلتزام بمبادىء السلوك الإجتماعي. وهذا العمل لا يمكن أن

ينجح إلا إذا تعاونت على تحقيقه أجهزة الإعلام والتربية والتعليم ورعاية الشباب، وجميع الجهات الحكومية والشعبية التي تعمل في ميدان البناء الإجتماعي. ويمكن تحديد أوجه الوقاية المحلية بما يلي:

أ ـ تنمية الشعور الديني والوطني والإجتماعي لبناء موقف غير سلبي من الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية. والتركيز على موقف الإسلام من المخدرات والمؤثرات العقلية وتحريمه القاطع لها. فالدين الإسلامي الحنيف بتعاليمه، وأحكامه هو الموجه الى الصواب، والواقي من الخبائث والمنكرات، والهادي إلى حماية النفس من كل ما يهدد سلامتها.

ب ـ البحث عن الطاقات لدى الجمهور، وخاصة فئة الشباب، وحشدها وتوجيهها نحو أهداف وطنية وإجتماعية واقتصادية، لتكون قادرة على الإسهام في تغيير الظروف التي تخلق ظاهرة تفشي المواد المخدرة والمؤثرات العقلية وانتشارها، واعتبار التوعية ضد المخدرات جزء من برامج التعليم وبرامج الوعظ والإرشاد في دور العبادة.

ج ـ التنسيق مع أجهزة الإعلام، وعلى رأسها الصحافة والإذاعة والتلفزيون والسينما، بغرض محاربة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والادمان عليها وتقديم توعية للجماهير على أساس علمي مدروس ضد أضرارها الإقتصادية والإجتماعية والصحية، واستخدام البرامج والنشرات والأفلام التي تعدها المنظمات الدولية المتخصصة في هذه التوعية وترجمة المنشور منها باللغة الأجنبية إلى اللغة العربية، ونشرها بكل الوسائل، مع التأكيد على تجنب تقديم الأخبار وعرض الأفلام والصور والبرامج التي من شأنها أن تشجع ولو بصورة غير مباشرة على تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية.

د ـ الإهتمام بدور الخدمة الإجتماعية في المدارس والجامعات والمؤسسات والمصانع وغيرها، لمساعدة الطلاب والعمال والموظفين في حل مشاكلهم الإجتماعية والنفسية، وتجنيبهم القلق والتوتر، وكل ما يدفعهم إلى تعاطي المخدرات للهروب من مشاكلهم. ويمكن أن تناط هذه الخدمة بمكاتب الخدمة الإجتماعية المتخصصة في التربية الإجتماعية والنفسية.

هـ ـ تشجيع إنشاء الجمعيات الخاصة لمكافحة المخدرات وغيرها من المنظمات الشعبية، على أن تقوم بدورها في التوعية ضد المخدرات، والحث على معالجة المدمنين وتأهيلهم.

و ـ إحكام السلطات الصحية مراقبة الوصفات الطبية للمواد المخدرة والمؤثرات العقلية، واتخاذ الإجراءات الحاسمة لمنع التجاوزات المقصودة أو الناجمة عن الخطأ.

4 ـ العلاج: إن علاج المتعاطين والمدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية في البلاد العربية مسألة دقيقة وحساسة، إذا ما أخذ بعين الإعتبار، التركيب النفسي للمواطن العربي وتصوره ان وصفه بتعاطي المخدرات يمس سمعته وكرامته الشخصية.

ولعل هذا ما يفسر صعوبة اعتراف المدمن بإدمانه، وبالتالي صعوبة تقدمه تلقائيا للعلاج وتطبيق الأساليب العلاجية الملائمة عليه. ومما يزيد مشكلة العلاج تعقيدا أن بعض التشريعات تعتبر المتعاطي أو المدمن مجرما معرضا للحكم عليه بالسجن أو تجيز إدخاله مستشفيات الأمراض العقلية، وهي أماكن تحول بطبيعتها دون إمكان علاجه. لهذا فإن نجاح علاج التعاطي يتطلب ما يلي:

أ ـ النظر إلى متعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والمدمنين عليها، على أنهم في حاجة الى العلاج والتأهيل والإصلاح.

ب ـ اعتبار تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والادمان عليها جزءا من المشكلة الصحية العامة، وإعطاء تدابير مواجهة هذه المشكلة أهمية خاصة في البرمج الصحية العامة.

ج ـ تبني التدابير الحديثة في معالجة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، وإنشاء مصحات متخصصة للعلاج يعمل بها متخصصون في العلاج الطبي والنفسي والإجتماعي، ولا يكتفي بإنشاء أقسام للعلاج في داخل المستشفيات العامة. وتشجيع المؤسسات والجمعيات الخاصة على إنشاء مثل هذه المستشفيات وعلى فتح عيادات طبية نفسية لهذا الغرض.، ويشترط في جميع الأحوال أن يكون العلاج سريا، وأن يحظر كشف أسرار المدمنين، أو الإعلان عن أسمائهم أو ظروفهم الشخصية، وذلك حتى يشجع المدمنون المتطوعون للعلاج على دخول المستشفيات أو التردد على العيادات، وأن تكون التوعية الدينية المكثفة من أساسيات العلاج، ويلاحظ في جميع الأحوال عدم ايداع المدمنين في مستشفيات الأمراض العقلية لعلاجهم.

د ـ أنشاء مراكز متخصصة لتأهيل من اجتازوا مرحلة العلاج، ورعايتهم رعاية لاحقة ومتابعة حياتهم المستقبلية للتأكد من مدى نجاح العلاج والتأهيل، والتعرف على السلبيات في البرامج المطبقة. وينبغي أن تتضمن التأهيل والرعاية اللاحقة تجنيب المدمنين الظروف التي دفعتهم الى الإدمان، ما أمكن ذلك.

5 ـ التدريب: تدعو الحاجة في مجال التدريب الى اتخاذ الإجراءات التالية:

أ ـ وضع خطة أعداد وتدريب للعاملين في أجهزة مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية لرفع مستوى ادائهم، وتمكينهم من اكتساب الكفاءات العلمية والعملية اللازمة على أن يكون هذا التدريب دوريا. وعلى مختلف المستويات ويستعان فيه بالوسائل العلمية الحديثة. ويمكن الإستفادة في هذا المجال من المعلومات والخبرات التي يقدمها المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض والمكتب المتخصص بشؤون المخدرات في الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب، وأجهزة مكافحة الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية في الأمم المتحدة والهيئات والأجهزة الأخرى المتخصصة.

ب ـ الإهتمام باختيار أفراد الشرطة والجمارك وغيرهم من الموظفين الذين يخصصون لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، واتاحة الفرصة لهم ليمضوا أطول مدة في ممارسة اختصاصهم، حتى تنمو خبراتهم وتعلو كفاءاتهم في أداء واجبهم.

ج ـ إدخال موضوع المخدرات والمؤثرات العقلية في برامج كليات ومدارس الشرطة، ووضع برامج تدريبية فيها، نظرية وعملية تتضمن الأساليب الحديثة في مكافحة الإستعمال غير المشروع لهذه المواد.

6 ـ البحث العلمي: تحتاج المكافحة الصحيحة للمخدرات الى العلم التام بماهية هذه المواد، وكيفية كشفها وكشف العناصر الأولية التي تتكون منها المخدرات المخلقة أو المصنعة، وكشف الوسائل العلمية والحيل التي تستخدم في تهريب المخدرات والإتجار فيها. ومما يعاون على تحقيق هذا الغرض:

أـ التدريب على طرق التعرف على المخدرات، وتوفير الإمكانات العلمية اللازمة لهذا الغرض، وتكوين عدد من الخبراء المتخصصين في ذلك.

ب ـ تكليف أخصائيين اجتماعيين ونفسيين وقانونيين وأمنيين بإجراء بحوث علمية، لدراسة حجم ظاهرة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والإدمان عليها وتحليلها وتقويمها، وتحديد آثارها الإجتماعية والإقتصادية والصحية، واقتراح وسائل مستحدثة لمكافحتها.

ثانيا : التعاون العربي:

يشكل التعاون بين الدول العربية، في مجال مكافحة ظاهرة الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، حجر الزاوية في أية استراتيجية عربية تطمح الى تقليص حجم هذه الظاهرة والحد من انتشارها. فالوطن العربي ـ جغرافيا وديمغرافيا ـ عالم واسع ممتد ومتنوع، تتصل أجزاؤه بعضها بالبعض الآخر اتصالا يوميا وثيقا مباشرا بمنافذ معروفة وحدود مفتوحة قانونا أو واقعا، وتلتقي أطرافه بعشرات الدول الأجنبية المجاورة وتنتهي حدوده ببحار ومحيطات وممرات مائية عديدة. وهذا الوضع يشكل عاملا مساعدا لعبور المخدرات والمؤثرات العقلية من منطقة إلى منطقة أخرى، ومن دولة الى دولة مجاورة، ويزيد أعمال المكافحة تعقيدا ويضاعف من الصعوبات التي تواجه السلطات الأمنية المختصة.

ولذلك، فأي تعاون عربي لمكافحة الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، لا بد أن يضع في اعتباره توزع العالم العربي بين ثلاث مناطق جذب ومرور المخدرات وهذه المناطق هي التالية:

المنطقة الاولى: وهي المنطقة الواقعة شرق البحر الأبيض المتوسط والبحر الأحمر تشمل: لبنان،وسوريا، والاردن، والعراق، والسعودية، وتتأثر هذه الدول بتسرب الحشيش والافيون التركي والهيروين اليها، أو تشكل منطقة عبور لهذين المخدرين الطبيعيين باتجاه مصر والدول الأخرى.

المنطقة الثانية: وتتكون من دول الخليج العربي السبع وهي: المملكة العربية السعودية، والعراق ، والكويت، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وقطر وعمان، وهذه المنطقة معرضة لتسرب الحشيش من الشرق الأوسط اليها، وتسرب الافيون والهيروين من معظم دول انتاجه مثل ايران،وافقانستان، والباكستان، وتركيا، والهند، وكذلك المواد النفسية بشكل متزايد.

المنطقة الثالثة: وهي المنطقة المكونة من دول شمال إفريقيا: المغرب والجزائر، وتونس، وليبيا، ومصر، والسودان، وموريتانيا، وتتأثر هذه المنطقة بتسرب الحشيش اليها ومصدره الشرق الأوسط، وتسرب الافيون والمؤثرات العقلية اليها من أوروبا وتركيا.

هذا وتتعرض المناطق الثلاث المذكورة دون استثناء الى تسرب المؤثرات العقلية اليها من مصادر صناعتها في أوروبا، وتستطيع الدول الواقعة في نطاق كل منطقة من المناطق المذكورة بالإتصال المباشر بينها، أو من خلال الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب ممثلة بمكتبها المتخصص بشؤون المخدرات، ان تحقق تعاونا فعالا في مكافحة المخدرات. ولكي يكون هذا التعاون أكثر فعالية يقتضي الامر أن تتكون مجموعة عمل في كل من هذه المناطق، على أن تشكل المجموعة من مدراء الإدارات المتخصصة بمكافحة المخدرات، ينضم اليها مدير المكتب المتخصص بشؤون المخدرات في الامانة

العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب. وتضع كل مجموعة نظاما لاجتماعها ورئاستها وادارة أعمالها، وتختص المجموعة بتبادل البلاغات والمعلومات عن مهربي المخدرات والمتاجرين فيها ووسائل مطاردتهم وجمع الأ دلة عليهم واجراءات تحقيق قضاياهم.

ولابد للدول العربية وهي تعمل في اطار استراتيجية بعيدة المدى لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية أن تضع سبل التعاون الآتية موضع اهتمامها:

1 ـــ التعاون القانوني والقضائي

أ ـ دعوة الدول العربية الى تبني قانونا موحدا لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية، وتبني جدولا موحدا بهذه المواد. وتمهيدا لذلك اعتمد مجلس وزراء الداخلية العرب قانونا عربيا موحدا نموذجيا لمكافحة المخدرات، تم وضعه في ضوء الحقائق العلمية والإجتماعية والجغرافية التي كشفت عنها الممارسة العلمية لهذه المكافحة خلال العقود الثلاثة المنصرمة من القرن الحالي، وفي ضوء المبادىء التي تضمنتها الإتفاقيات الدولية.

ب ـ دعوة الدول العربية لبذل المزيد من الاهتمام في تنفيذ الإتفاقية العربية للتعاون القضائي، فيما يتعلق بمكافحة جرائم المخدرات على وجه الخصوص، مع دعوة الدول العربية المتجاورة لعقد اتفاقيات ثنائية بينها، وذلك لتعزيز جهود مكافحة المخدرات.

2 ـــ التعاون الاجرائي والفني:

أ ـ دعوة الدول العربية لإجراء تبادل سريع للمعلومات فيما بينها، في كل ما يتعلق بشؤون المخدرات، وخصوصا ما يتعلق بالمهربين

والمتاجرين وشحنات المخدرات، مستعملة في ذلك الشبكات اللاسلكية المحلية والإقليمية، والشبكة اللاسلكية للانتربول، وبأية وسيلة أخرى.

ب ـ وضع قائمة على مستوى الوطن العربي، يطلق عليها «القائمة السوداء الموحدة لتجار ومهربي المخدرات والمؤثرات العقلية» تضم أسماء الأشخاص الخطيرين في مجال تجارة وتهريب هذه المواد على المستوى العربي أو المستوى الدولي.

ويتولى المكتب المتخصص بشؤون المخدرات في الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب إعداد هذه القائمة، بالتعاون مع شعب اتصال المجلس، وإبلاغها إلى ادارات مكافحة المخدرات في الدول العربية.

ج ـ وضع معجم باللغة العربية يتضمن أسماء المواد المخدرة والمؤثرات العقلية الخاضعة للرقابة الدولية ووصف لها، يتولى إعداده المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالتعاون مع المكتب المتخصص بشؤون المخدرات في الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب.

ثالثا: التعاون العربي ـــ الإقليمي والثنائي:

أ ـ يسعى مديرو إدارات مكافحة المخدرات في الدول العربية المتأثرة بالإنتاج غير المشروع للمخدرات في الدول الاعضاء باللجنة الفرعية للشرقين الأدنى والأوسط، الى عقد لقاءات مع نظرائهم في هذه الدول، وكذلك مع نظرائهم في الدول الصديقة الواقعة على حوض البحر الأبيض المتوسط، وذلك لإقامة حوار يستهدف توثيق الروابط بينهم وتدعيم سبل التعاون المشترك للبحث عن أفضل الوسائل الكفيلة بالحد من تسرب المخدرات من هذه الدول واليها.

ب ـ تنظيم لقاءات دورية بين ضباط مراكز الحدود وقادة الوحدات للدول العربية المتجاورة، وللدول العربية المجاورة لدولة أجنبية، لتبادل المعلومات ووضع الخطط المشتركة الكفيلة بمراقبة المهربين والمتسللين والقاء القبض عليهم.

رابعا: التعاون العربي ـ الدولي:

العمل على تحقيق المزيد من التعاون في مجال مكافحة الإستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، بين الدول العربية والدول الأخرى وقسم المخدرات في الامم المتحدة والمنظمات الدولية المعنية الأخرى في المجالات القانونية والقضائية والإجرائية والفنية.

1 ـ التعاون القانوني والقضائي:

أ ـ دعوة الدول العربية للإنضمام إلى الإتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، والبروتوكول المعدل لها، واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971، فيما اذا لم يسبق لها الإنضمام الى هاتين الإتفاقيتين.

ب ـ السعي لتعديل المعاهدات والإتفاقيات الدولية، على النحو الذي يحقق تبسيط وتسريع إجراءات تسليم مرتكبي جرائم المخدرات.

2 ـ التعاون الإجرائي والفني:

أ ـ تكثيف الحضور العربي في اجتماعات لجنة المخدرات الدولية، والمشاركة في جميع أنشطتها، سواء بالترشيح لعضويتها أو ايفاد خبراء متخصصين إلى اجتماعاتها السنوية، والعلاج والتدريب والبحث العلمي، وتكوين صورة شاملة عن الوضع الدولي في هذه المجالات.

ب ـ دعوة الدول العربية لبذل المزيد من الإهتمام في تبادل المعلومات والبيانات المتعلقة بزراعة المواد المخدرة وتصنيعها والإتجار بها واستعمالها المشروع وغير المشروع، مع الدول الأخرى والمنظمات الدولية المعنية.

ج ـ دعوة الدول العربية للإستفادة إلى أقصى حد ممكن من نظام إعداد الخبراء في شؤون المخدرات، الذي يتولاه قسم المخدرات في الامم المتحدة ومن المنح الدراسية التي يقدمها هذا القسم.

د ـ توثيق التعاون بين الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب من خلال مكتبها المتخصص بشؤون المخدرات مع قسم المخدرات في الأمم المتحدة والمنظمات الدولية المعنية الأخرى، على النحو الذي يمكن الأمانة العامة من الحصول على المزيد من المعلومات والبيانات المتعلقة بمكافحة المخدرات وتزويد الدول العربية بها.

القانون العربي الموحد للمخدرات النموذجي

الصادر عن

مجلس وزراء الداخلية العرب[1]

---

(١) مرفق رقم ٦ .

مجلس وزراء الداخلية العرب

الامانة العامة

القانون العربي الموحّد للمخدرات النّموذجي

بسم الله الرحمن الرحيم

القرار رقم 56

باعتماد القانون العربي الموحد

للمخدرات النموذجي

الصادر من مجلس وزراء الداخلية العرب

بدور انعقاده الرابع في مدينة الدار البيضاء

في الفترة 4-5\2\1986

قرار

بشأن القانون العربي الموحد

للمخدرات النموذجي

إن مجلس وزراء الداخلية العرب،

بعد اطلاعه على:

ـ مذكرة الأمانة العامة.

ـ وعلى مشروع القانون العربي الموحد للمخدرات، الذي اعدته الأمانة العامة.

ـ وعلى توصية المؤتمر الثالث لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات في الدول الاعضاء.

ـ وعلى الكتب الموجهة من بعض الدول الاعضاء الى الأمانة العامة بشأن مشروع القانون المذكور.

وبعد بحث الموضوع:

يقرر:

أولاً: اعتماد «القانون العربي الموحد للمخدرات النموذجي» بصيغته المرفقة، لتستهدي به الدول الأعضاء، عند وضعها قانون جديد ينظم شؤون المخدرات والمؤثرات العقلية، او عند تعديلها مثل هذا القانون في حالة وجوده.

ثانياً: توجيه الشكر الى الامانة العامة ومكتبها المتخصص لشؤون المخدرات والخبير الدكتور عبود السراج على ما بذلوه من جهود قيمة في اعداد مشروع القانون المذكور.

الفصل الاول

في المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

المادة 1 :

تسري التعاريف التالية على جميع نصوص هذا القانون، ما لم يقض نص خاص بغير ذلك:

1 ـ يقصد بتعبير «المواد المخدرة» كل مادة طبيعية او تركيبية من المواد المدرجة في الجداول الاول والثاني والثالث والرابع الملحقة بهذا القانون.

2 ـ يقصد بتعبير «المؤثرات العقلية» كل مادة طبيعية او تركيبية من المواد المدرجة في الجداول الخامس والسادس والسابع والثامن الملحقة بهذا القانون.

3 ـ يقصد بعبارات «الجدول الاول» و«الجدول الثاني» و«الجدول الثالث» و«الجدول الرابع» قوائم المواد المخدرة المرفقة بهذا القانون. والمعدة وفق الجداول الاربعة التي اعتمدتها الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 وتعديلاتها، بصيغتها المعدلة وفقاً لاحكام المادة 78 من هذا القانون.

4 ـ يقصد بعبارات «الجدول الخامس» و«الجدول السادس» و«الجدول السابع» و«الجدول الثامن» قوائم المؤثرات العقلية المرفقة بهذا القانون. والمعدة وفق

الجداول الاربعة التي اعتمدتها اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1961 وتعديلاتها، بصيغتها وفقاً لأحكام المادة 78 من هذا القانون.

5 ـ يقصد بتعبير «الاستيراد» ادخال المواد المخدرة والمؤثرات العقلية الى اقليم الدولة.

6 ـ يقصد بتعبير «التصدير» اخراج المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية من اقليم الدولة.

7 ـ يقصد بتعبير «النقل» نقل المواد المخدرة او المؤثرات العقلية في داخل اقليم الدولة، من مكان الى آخر، او بطريق الترانزيت.

8 ـ يقصد بتعبير «الانتاج» فصل المواد المخدرة او المؤثرات العقلية عن اصلها النباتي.

9 ـ يقصد بتعبير «الصنع» جميع العمليات، غير الانتاج التي يتم الحصول عليها من مواد مخدرة او مؤثرات عقلية، وتشمل التنقية والاستخراج وتحويل المخدرات الى مخدرات اخرى، والمؤثرات العقلية الى مؤثرات عقلية اخرى، وصنع مستحضرات غير التي تركبها الصيدليات بناء على وصفة طبية.

الفصل الثاني
في الاستيراد والتصدير والنقل

المادة 2 :

لا يجوز استيراد المواد المخدرة او المؤثرات العقلية او تصديرها او نقلها الا بمقتضى ترخيص كتابي من وزير الصحة.

يمنح هذا الترخيص لمدة سنة واحدة قابلة للتجديد. وينتهي العمل به حكماً في غاية 31 كانون الاول (ديسمبر) من كل عام.

وعلى وزير الصحة ان يمنح التراخيص في حدود الكمية من المواد المخدرة او المؤثرات العقلية التي وافقت اللجنة الوطنية العليا لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية المنصوص عليها في المادة 62 من هذا القانون، على استيرادها أو تصديرها او نقلها في السنة التي تمنح فيها هذه التراخيص.

المادة 3 :

لا يجوز استيراد او تصدير او نقل او زراعة او انتاج او صنع او تملك او حيازة او احراز او الاتجار او بيع او شراء او تسليم مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او صرفها او وصفها طبياً او التبادل فيها او التنازل عنها بأية صفة كانت او التوسط في شيء من ذلك الا للأغراض الطبية والعلمية وفي الاحوال وبالشروط المنصوص عليها في هذا القانون.

المادة 4 :

لا يجوز منح ترخيص الاستيراد او التصدير او النقل المشار اليه في المادة السابقة الا لمن يلي:

(أ) مؤسسات الدولة والمعاهد ومراكز الابحاث العلمية المعترف بها، التي يستدعي اختصاصها استعمال المواد المخدرة او المؤثرات العقلية.

(ب) مديرو معامل التحاليل الكيميائية أو الصناعة او الجرثومية أو الغذائية أو غيرها، مما يستدعي عملها استعمال المواد المخدرة او المؤثرات العقلية.

(جـ) مديرو المصانع والمحال المرخص لها بصنع الادوية التي يدخل في تركيبها مواد مخدرة او مؤثرات عقلية.

ولوزير الصحة الحق في رفض منح الترخيص المطلوب.

المادة 5 :

يجب على المرخص له باستيراد او تصدير او نقل مواد مخدرة او مؤثرات عقلية، كلما أراد القيام بالعمل المرخص له، ان يقدم طلباً الى وزارة الصحة يبين فيه اسمه وعنوان عمله واسم المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية التي يريد استيرادها او تصديرها أو نقلها وطبيعتها وكميتها واجازة الاستيراد أو التصدير أو النقل الممنوحة له من حكومة البلد المستورد والأسباب التي تبرر عمله وتاريخه التقريبي وجميع البيانات التي تطلبها منه وزارة الصحة.

ولوزير الصحة الحق في قبول الطلب او رفضه او خفض الكمية المبينة فيه، وذلك مع مراعاة حكم الفقرة الاخيرة من المادة الثالثة.

ويعتبر الترخيص الصادر من وزير الصحة في هذا الشأن لاغياً اذا لم يعمل به خلال تسعين يوماً من تاريخ صدوره.

المادة 6 :

لا يجوز تسليم المواد المخدرة او المؤثرات العقلية التي تصل الى الجمارك الا بموجب إذن او تصدير كتابي صادر عن وزير الصحة ومدون عليه جميع البيانات التي يصدر بها قرار من وزير الصحة.

وعلى مؤسستي الجمارك والموانىء في حالتي الاستيراد أو التصدير تسلم إذن السحب أو التصدير من اصحاب الشأن وإعادته الى وزارة الصحة.

وتحفظ نسخة من هذا الإذن لدى كل من مؤسسة الجمارك والموانىء وصاحب الشأن.

ويعتبر الإذن لاغيا اذا لم يُعمل به خلال تسعين يوماً من تاريخ صدوره.

المادة 7 :

لا يجوز سحب المواد المخدرة او المؤثرات العقلية الا اذا كانت مسجلة بسجلات وزارة الصحة بتاريخ صدور اذن السحب، وثبتت صلاحيتها للاستعمال ومطابقتها للمواصفات والبيانات الواردة بترخيص الاستيراد بموجب تقرير من مختبر مراقبة الأدوية.

وينظم وزير الصحة إجراءات التثبت من الصلاحية والمطابقة بقرار صادر عنه.

المادة 8 :

لا يجوز استيراد المواد المخدرة او المؤثرات العقلية او تصديرها او نقلها داخل طرود محتوية على مواد اخرى.

ويجب ان يكون ارسالها ـ ولو كانت بصفة عينة ـ داخل طرود مؤمن عليها، وان يبين عليها اسم المادة المخدرة او المؤثر العقلي بالكامل وطبيعته وكميته ونسبته.

الفصل الثالث

في الاتجار في المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

المادة 9 :

لا يجوز الاتجار في المواد المخدرة او المؤثرات العقلية الا بعد الحصول على ترخيص كتابي بذلك من وزير الصحة.

ويمنح هذا الترخيص لمدة سنة واحدة قابلة للتجديد، وينتهي العمل به حكماً في غاية 31 كانون الاول (ديسمبر) من كل عام.

المادة 10 :

لا يجوز منح الترخيص المشار اليه في المادتين الثالثة والتاسعة الى:

(أ) المحكوم عليه بعقوبة جناية.

(ب) المحكوم عليه باحدى الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون.

(جـ) المحكوم عليه باحدى الجرائم الواقعة على المال او جرائم التزوير او استعمال اوراق مزورة أو شهادة الزور أو انتحال شخصية الغير او جرائم هتك العرض والتحريض على الفجور والدعارة والقمار والتشرد، أو أي جريمة ماسة بالشرف أو بالامانة أو الثقة، وكذلك المحكوم عليه لشروع في احدى هذه الجرائم.

(د) من سبق فصله تأديبياً من الوظائف العامة لأسباب مخلة بالشرف ما لم تنقض خمس سنوات من تاريخ الفصل نهائياً.

ويلغَى الترخيص حكماً بعد منحه اذا صدر حكم قطعي على صاحبه باحدى الجرائم او العقوبات المذكورة في هذه المادة.

المادة 11 :

على طالب الترخيص بالاتجار ان يقدم طلباً بذلك الى وزارة الصحة متضمناً البيانات والأوراق والرسومات التي يصدر بها قرار من وزير الصحة.

المادة 12 :

لا يرخص بالاتجار بالمواد المخدرة او المؤثرات العقلية الا في صيدلية او مستودع او مصنع ادوية. ويجب ان تتوافر في هذه الاماكن الشروط التي تحدد بقرار من وزير الصحة.

المادة 13 :

كل محل مرخص له الاتجار في المواد المخدرة او المؤثرات العقلية أُلغي ترخيصه او لم يجدد ترخيصه عند انتهاء مدته، تصفى موجوداته من المواد المخدرة والمؤثرات العقلية تحت اشراف لجنة يشكلها وزير الصحة لهذا الغرض.

المادة 14 :

يعين للمحل المعد للاتجار في المواد المخدرة او المؤثرات العقلية مهما كان نوعه صيدلي يكون مسؤولاً عن ادارته طبقاً لأحكام هذا القانون.

المادة 15 :

لا يجوز تعيين الصيدلي المحكوم عليه باحدى الجرائم او العقوبات المنصوص عليها في المادة العاشرة في هذا القانون مديراً للمحل المعد للاتجار في المواد المخدرة او المؤثرات العقلية.

وينحى الصيدلي عن إدارة المحل المذكور في هذه لمادة حكماً اذا صدر

ضده حكم قطعي يتضمن احدى الجرائم او العقوبات المذكورة في المادة العاشرة من هذا القانون.

المادة 16 :

لا يجوز لأصحاب المحال المرخص لها بالاتجار في المواد المخدرة او المؤثرات العقلية ان يبيعوها أو يسلموها أو ينزلوا عنها بأية صفة كانت هي أو المواد المخدرة او المؤثرات العقلية الموجودة فيها إلا للأشخاص والجهات المنصوص عليها في المادة الرابعة من هذا القانون والمرخص لها في الاتجار، وذلك بموجب ترخيص من وزير الصحة، ويصدر وزير الصحة قراراً بالشروط والاجراءات الخاصة باصدار هذا الترخيص وبتسليم المواد المخدرة او المؤثرات العقلية المبيعة او المتنازل عنها.

الفصل الرابع

في وصف الاطباء وصرف الصيادلة للمواد المخدرة والمؤثرات العقلية

المادة 17 :

لا يجوز للأطباء المرخص لهم بمزاولة مهنة الطب ان يصفوا المواد المخدرة او المؤثرات العقلية لأي مريض الا بقصد العلاج الطبي.

ويحظر على الطبيب ان يحرر لنفسه وصفة بأية كمية من المواد المخدرة او المؤثرات العقلية لاستعماله الخاص.

المادة 18 :

يجوز للأطباء المرخص لهم بمزاولة مهنة الطب ان يحوزوا في عياداتهم

الخاصة بعض المواد المخدرة او المؤثرات العقلية لاستعمالها عند الضرورة الملجئة، بشرط ان يتم الاحتفاظ بهذه المواد في شكلها الذي يتفق مع استعمالها الطبي المعد له دون تغيير.

ويجوز للأطباء المشار اليهم علاج المرضى بهذه المواد خارج عياداتهم في الحالات الطارئة.

ويحظر على الطبيب ان يصرف اياً من هذه المواد لمرضاه بقصد استعمالها بأنفسهم.

ويجب على الطبيب مراعاة الأحكام الخاصة بحيازة المواد المخدرة والمؤثرات العقلية المذكورة في المادة 31 من هذا القانون.

المادة 19 :

يجوز للأفراد حيازة مواد مخدرة او مؤثرات عقلية لاستعمالهم الخاص ولأسباب صحية بحتة، وذلك في حدود الكميات التي يصفها لهم الاطباء المرخص لهم بمزاولة مهنة الطب، ولا يجوز لهم التنازل عن هذه المواد لأي شخص آخر مهما كانت الأسباب.

المادة 20 :

لا يجوز للصيادلة ان يصرفوا مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية الا بموجب وصفة طبية من طبيب مرخص له بمزاولة مهنة الطب او بموجب بطاقة رخصة صادرة عن وزارة الصحة.

المادة 21 :

يصدر وزير الصحة قراراً بالبيانات والشروط الواجب توافرها في

الوصفات الطبية التي توصف بمقتضاها مواد مخدرة او مؤثرات عقلية للصرف من الصيدليات، وله تحديد المقادير التي لا يصح مجاوزة صرفها لكل مريض شهرياً.

المادة 22 :

لا يجوز للصيادلة صرف وصفات طبية تحتوي على مواد مخدرة او مؤثرات عقلية بعد مضي ثلاثة ايام من تاريخ تحريرها.

المادة 23 :

لا ترد الوصفات الطبية المحتوية على مواد مخدرة او مؤثرات عقلية لحاملها، ويحظر استعمالها اكثر من مرة، ويجب تسجيلها في دفتر قيد الوصفات الطبية مع رقم قيدها وتاريخ صرفها وتوقيع الصيدلي وخاتم الصيدلية، وحفظها في الصيدلية بعد توقيع الصيدلي عليها ومهرها بخاتم الصيدلية، وتثبيت تاريخ قيدها عليها ورقم قيدها في دفتر قيد الوصفات الطبية، ويعطي حاملها صورة عنها يذكر عليها مقدار الكمية المنصرفة وتاريخ صرفها وتوقيع الصيدلي وخاتم الصيدلية، ولا يجوز استخدام الصورة في الحصول على مواد مخدرة او مؤثرات عقلية، أو على ادوية تحتوي على اي من هذه المواد.

المادة 24 :

يصدر وزير الصحة قراراً بالشروط الواجب توافرها للحصول على بطاقات الرخص المشار اليها في المادة العشرين من هذا القانون وبالبيانات الواجب توافرها فيها، ويعين هذا القرار الجهة الادارية المختصة باصدارها، والمقادير التي لا يصح مجاوزة صرفها لصاحب البطاقة.

ولا يجوز منح بطاقة الرخصة الا للأشخاص الآتين:

(أ) الاطباء المرخص لهم بمزاولة مهنة الطب.

(ب) الاطباء الذين تخصصهم المستشفيات والمصحات والمستوصفات التي ليس بها صيادلة.

المادة 25 :

على الصيادلة ان يبينوا في بطاقة الرخصة الكمية التي صرفوها وتواريخ الصرف وان يوقعوا على هذه البيانات. ولا يجوز تسليم المواد المخدرة او المؤثرات العقلية بموجب بطاقة الرخصة الا بإيصال من صاحب البطاقة موضح به بالمداد أو بقلم النسخ التاريخ واسم المادة المخدرة أو المؤثر العقلي كاملا وكميتها بالأرقام والحروف ورقم بطاقة الرخصة وتاريخها. وعلى صاحب البطاقة ردها الى الجهة الادارية المختصة خلال اسبوع من تاريخ انتهاء مفعولها.

المادة 26 :

يجب على الصيدليات ومستودعات الادوية ومصانعها حفظ المواد المخدرة او المؤثرات العقلية في أوعية خاصة توضع عليها بطاقة تُكتب عليها عبارة «مادة مخدرة» أو «مؤثر عقلي». وحفظ هذه الاوعية داخل دولاب خاص يحكم إغلاقه، ويحتفظ المدير المسؤول عن إدارة المحال المذكورة بمفتاحه شخصيا.

المادة 27 :

ينظم بقرار من وزير الصحة طريقة تداول المواد المخدرة والمؤثرات العقلية في المستشفيات والمصحات والمستوصفات والوحدات التابعة لوزارة الصحة او الخاصة.

الفصل الخامس

في صنع المستحضرات الطبيّة
المحتوية على مواد مخدرة او مؤثرات عقلية

المادة 28 :

لا يجوز في مصانع الأدوية صنع مستحضرات طبية تدخل في تركيبها مواد مخدرة او مؤثرات عقلية الا بعد الحصول على الترخيص المنصوص عليه في المادة التاسعة في هذا القانون.

ولا يجوز لهذه المصانع استعمال المواد المخدرة او المؤثرات العقلية الحاصلة عليها الا في صنع المستحضرات الطبية.

الفصل السادس

في النباتات الممنوع زراعتها

المادة 29 :

لا يجوز زراعة او استيراد أو تصدير أو تملك أو احراز او حيازة او الاتجار او شراء او بيع او نقل او تسليم او تسلم او التبادل او النزول عن النباتات التي ينتج عنها مواد مخدرة او مؤثرات عقلية في جميع اطوار نموها، وكذلك بذورها او التبادل عليها او التوسط في شيء من ذلك، إلا للأغراض الطبية او العلمية وفي الاحوال وبالشروط المنصوص عليها في هذا القانون.

المادة 30 :

لوزير الصحة الترخيص لمؤسسات الدولة والمعاهد العلمية ومراكز البحث

العلمي المعترف بها بزراعة اي نبات من النباتات الممنوع زراعتها، وذلك للأغراض الطبية او العلمية وبالشروط التي يضعها لذلك.

ولوزير الصحة ان يرخص في استيراد النباتات الممنوع زراعتها وبذورها. وفي هذه الحالة تخضع هذه النباتات لاحكام الفصلين الثاني والثالث من هذا القانون.

الفصل السابع

في تسجيل المواد المخدرة والمؤثرات العقلية ومراقبتها وتفتيشها

المادة 31 :

على كل شخص رخص له باستيراد او تصدير او حيازة المواد المخدرة او المؤثرات العقلية او الاتجار فيها، ان يقيد الوارد والمنصرف من هذه المواد أولا باول في اليوم ذاته في سجل خاص حسب الانموذج الذي تقرره وزارة الصحة، مرقومة صحائفه ومختومة بخاتم الجهة الإدارية التي تعينها وزارة الصحة، وان يتضمن تاريخ الورود او الصرف واسم البائع والمشتري وعنوانهما واسم المواد المخدرة او المؤثرات العقلية بالكامل وطبيعتها وكميتها ونسبتها وكذلك جميع البيانات التي تقررها وزارة الصحة.

ويجب تقديم ذلك السجل لمندوبي وزارة الصحة عند كل طا ـ ب.

المادة 32:

على مديري الصيدليات والمحال المرخص لها في الاتجار في المواد المخدرة او المؤثرات العقلية او استعمالها أن يرسلوا بكتاب موصي عليه الى الجهة

الادارية التي تعينها وزراة الصحة في خلال الاسبوع الاول التالي لانقضاء كل ثلاثة اشهر كشفاً تفصيليا موقعاً عليه منهم مبينا فيه الوارد والمنصرف والباقي من تلك المواد خلال الفترة المذكورة طبقاً للنماذج التي تعدها الوزارة لهذا الغرض. ويسري ذلك على المستشفيات والمستوصفات الخاصة وعيادات الاطباء المرخص لهم بمزاولة مهنة الطب.

المادة 33:

ينشأ بوزارة الصحة سجل خاص يقيد فيه الاشخاص والهيئات المرخص لهم باستيراد وتصدير ونقل وصنع وزراعة المواد المخدرة والمؤثرات العقلية والاتجار فيها، ويتضمن هذا السجل البيانات التي يصدر بها قرار من وزير الصحة.

المادة 34 :

يجب حفظ الدفاتر والسجلات المنصوص عليها في المادتين الإحدى والثلاثين والثالثة والثلاثين لمدة خمس سنوات من تاريخ آخر قيد تمّ فيها، كما تحفظ الوصفات الطبية المنصوص عليه في المادة العشرين للمدة ذاتها من التاريخ المبين عليها.

الفصل الثامن
في العقوبات والتدابير

المادة 35 :

يعاقب بالسجن المؤبد وبغرامة من خمسة الى عشرة آلاف دينار:

(أ) كل من استورد او صدر بقصد الاتجار مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية في غير الاحوال المرخص بها في هذا القانون.

(ب) كل من انتج او صنع مواد مخدرة او مؤثرات عقلية وكان ذلك بقصد الاتجار، في غير الاحوال المرخص بها في هذا القانون.

(جـ) كل من زرع نباتاً من النباتات التي تنتج عنها مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او استورد او صدر نباتاً من هذه النباتات في اي طور من اطوار نموها هي وبذورها وكان ذلك بقصد الاتجار، وذلك في غير الاحوال المرخص بها في هذا القانون.

ويجوز للمحكمة ان تشدد العقوبة الى الاعدام وغرامة من عشرة الى عشرين الف دينار في الحالتين التاليتين:

(أ) العود او التكرار، وتراعي في اثبات العود جميع الاحكام القضائية الاجنبية الصادرة بالإدانة في جرائم مماثلة للجرائم المنصوص عليها في هذا القانون.

(ب) اذا كان الجاني من الموظفين او المستخدمين العموميين المنوط بهم مكافحة إساءة استعمال المواد المخدرة او المؤثرات العقلية او الرقابة على تداولها أو حيازتها.

المادة 36 :

يعاقب بالسجن مدة لا تزيد على خمس عشرة سنة وبغرامة من الفي الى عشرة آلاف دينار:

(أ) كل من حاز او احرز او اشترى او باع مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او نباتاً من النباتات التي ينتج عنها مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او سلمها او تسلمها او نقلها او نزل عنها او تبادل عليها او صرفها بأية صفة كانت او توسط في شيء من ذلك، وكان هذا بقصد الاتجار فيها او اتجر

فيها بأية صورة، وذلك في غير الاحوال المرخص بها في هذا القانون:

(ب) كل من قدم بمقابل للتعاطي مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او سهل تعاطيها في غير الاحوال المرخص بها في هذا القانون.

(جـ) كل من رخص له بحيازة مواد مخدرة لاستعمالها في غرض او اغراض معينة. وتصرف فيها بمقابل بأية صفة كانت في غير تلك الاغراض.

(د) كل من ادار او اعد او هيأ بمقابل مكاناً لتعاطي المخدرات او المؤثرات العقلية.

فإذا ارتكبت الجرائم المنصوص عليها في الفقرات الثلاث الاخيرة بغير مقابل تكون العقوبة السجن مدة لا تزيد على خمس سنوات وغرامة من مائتي الى ألف دينار.

ويجوز للمحكمة ان تشدد العقوبة الى السجن المؤبد وغرامة من خمسة الى عشرة آلاف دينار في الحالات التالية:

(أ) العود «او التكرار»، وتراعي في إثبات العود جميع الاحكام القضائية الاجنبية الصادرة بالإدانة في جرائم مماثلة للجرائم المنصوص عليها في هذا القانون.

(ب) إذا كان الجاني من الموظفين او المستخدمين العموميين المنوط بهم مكافحة إساءة استعمال المواد المخدرة او المؤثرات العقلية او الرقابة على تداولها او حيازتها.

(جـ) اذا اشترك الجاني في ارتكاب الجرائم المنصوص عليها في هذه المادة مع قاصر او كان الشخص الذي قدمت اليه المادة المخدرة او المؤثر العقلي قاصر.

المادة 37 :

يجوز للمحكمة ان تشدد العقوبات المنصوص عليها في المادتين 35 و 36 من هذا القانون الى السجن المؤبد وغرامة من عشرة الى عشرين الف دينار في الحالتين التاليتين:

(أ) اذا كان الجاني مشتركاً في إحدى العصابات الدولية لتهريب المواد المخدرة او المؤثرات العقلية، او يعمل لحسابها أو يتعاون معها، او كان الفعل الذي قام به يشكل جزءاً من عملية دولية لتهريب المواد المخدرة او المؤثرات العقلية.

(ب) اذا كان أحد الافعال المذكورة في المادتين 35، 36 من هذا القانون متلازماً مع جريمة دولية كتهريب الاسلحة وتزييف النقد والارهاب، او يشكل جزءا من عمل عصابة دولية قائمة على ارتكاب الجرائم الدولية.

المادة 38 :

يعاقب بالسجن مدة لا تزيد على خمس سنوات وبغرامة من الف الى خمسة آلاف دينار كل طبيب سلم الغير وصفة طبية بمواد مخدرة او مؤثرات عقلية لغير اغراض العلاج الطبي وهو عالم بذلك.

المادة 39 :

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على ثلاث سنوات وبغرامة من مائتي الى الف دينار كل من استورد او صدر او انتج او صنع او حاز او اشترى مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او زرع نباتاً من النباتات التي ينتج عنها مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او حازها او احرزها او اشتراها وكان ذلك بقصد

التعاطي او الاستعمال الشخصي ما لم يثبت انه قد رخص له بذلك طبقاً لأحكام هذا القانون.

ويجوز للمحكمة بدلاً من توقيع العقوبة المنصوص عليها في الفقرة السابقة ان تأمر بإيداع من يثبت ادمانه على تعاطي المواد المخدرة او المؤثرات العقلية احدى المصحات التي تنشأ لهذا الغرض ليعالج فيها الى ان ترفع اللجنة المختصة ببحث حالة المودعين في المصحة تقريرا عن حالته الى المحكمة لتقرر الافراج عنه او استمرار ايداعه لمدة او لمدد اخرى. ولا يجوز ان تقل مدة البقاء بالمصحة عن ثلاثة اشهر ولا تزيد عن السنة.

كما يجوز للمحكمة بدلاً من توقيع العقوبة المنصوص عليها في الفقرة الاولى من هذه المادة، ان تلزم من يثبت تعاطيه المواد المخدرة او المؤثرات العقلية بالتردد على عيادة نفسية ـ اجتماعية تنشأ لهذا الغرض، مرة او مرتين في الاسبوع لمساعدته على التخلص من عادة التعاطي، الى ان يرفع الطبيب المكلف لمساعدته تقريراً عن حالته الى المحكمة لتقرر وقف تردده على العيادة النفسية ـ الاجتماعية او استمرار هذا التردد لمدة او لمدد اخرى. ولا يجوز ان يتأخر رفع هذا التقرير عن ثلاثة اشهر من تاريخ بدء المريض بالتردد على العيادة النفسية ـ الاجتماعية.

ويجوز للمحكمة ان تلزم من يتقرر الافراج عنه من المصحة بالتردد على عيادة نفسية ـ اجتماعية، وتطبق في هذه الحالة الاحكام المنصوص عليها في الفقرة السابقة.

المادة 40 :

يعاقب بالسجن مدة لا تزيد على ثلاث سنوات وبغرامة من الف الى

ثلاثة آلاف دينار كل من حاز او احرز او اشترى او سلم او نقل او انتج او صنع مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او زرع نباتاً من النباتات التي ينتج عنها مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية، وكان ذلك بغير قصد الاتجار او التعاطي او الاستعمال الشخصي وفي غير الاحوال المرخص بها قانونا.

المادة 41 :

يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على سنة وبغرامة لا تزيد عن مائتي دينار او باحدى هاتين العقوبتين كل من ضبط في اي مكان اعد او هيء لتعاطي المخدرات او المؤثرات العقلية وكان يجري فيه تعاطيها مع علمه بذلك.

ولا ينطبق حكم هذه المادة على الزوج او الزوجة او اصول او فروع من اعد او هيأ المكان المذكور او من يساكنه.

المادة 42 :

لا تقام الدعوى الجنائية على من يتقدم من متعاطي المواد المخدرة او المؤثرات العقلية من تلقاء نفسه للعلاج.

ويوضع المريض تحت الملاحظة بالمصحة لمدة لا تزيد عن الشهر، فإن ثبت ادمانه وحاجته للعلاج وقع اقرار بقائه في المصحة لمدة لا تزيد عن ثلاثة اشهر. فإن شفي خلالها تقرر ادارة المصحة خروجه، وان رأت حاجته الى العلاج بعد انتهاء فترة الملاحظة او استمرار بقائه بعد مدة الثلاثة اشهر قررت بناء على موافقته، استمرار بقائه في المصحة للعلاج لمدة او لمدد اخرى على الا تزيد مدة بقائه في المصحة عن الستة اشهر.

ويجوز للجنة الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية المنصوص عليها في المادة 48 من هذا القانون ان تلزم من يتقرر الافراج عنه من المصحة بالتردد

على عيادة نفسية ـ اجتماعية، وتطبق في هذه الحالة الأحكام المنصوص عليها في المادة 39 من هذا القانون.

المادة 43 :

يجوز لأحد الزوجين أو أي من الاقارب حتى الدرجة الثانية ان يطلب الى لجنة الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية المنصوص عليها في المادة 48 من هذا القانون ايداع زوجه او قريبه الذي يشكو ادمانه تعاطي المواد المخدرة او المؤثرات العقلية إحدى المصحات للعلاج. وعلى اللجنة المذكورة ان تفصل في الطلب بعد اجراء التحقيقات اللازمة وسماع اقوال طرفي الشكوى برفضه او بايداع المشكو إحدى المصحات للعلاج.

ويجوز للجنة ان تأمر بوضع المشكو تحت الملاحظة باحدى المصحات لمدة لا تزيد عن ثلاثة اسابيع لمراقبته طبياً قبل الفصل في الطلب متى وجدت ضرورة لذلك.

المادة 44 :

يجوز للجنة الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية المنصوص عليها في المادة 48 من هذا القانون ان تلزم كل شخص ثبت ادمانه على المواد المخدرة او المؤثرات العقلية بدخول احدى المصحات للعلاج، وتحدد اللجنة مدة العلاج. ويمكنها عند الاقتضاء ان تقرر، بعد سماع اقوال المريض، خروجه او استمرار بقائه في المصحة لمدة او لمدد اخرى على الا تزيد مدة بقائه في المصحة عن الستة اشهر وعلى ادارة المصحة إخطاره كتابة بالقرار الصادر باستمرار ايداعه خلال ثلاثة ايام من تاريخ صدوره. وعليها تنفيذ قرار الخروج خلال الـ 24ساعة التالية لصدوره.

ويجوز للمريض التظلم من قرار اللجنة المشار اليها الصادر باستمرار ايداعه إلى محكمة الجنايات وذلك خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ اخطاره.

كما يجوز للجنة الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية ان تلزم كل شخص ثبت إدمانه على المواد المخدرة او المؤثرات العقلية بالتردد على عيادة نفسية ـ اجتماعية تنشأ لهذا الغرض مرة او مرتين في الاسبوع للعلاج، وتحدد اللجنة مدة العلاج، ويمكنها عند الاقتضاء ان تقرر، بعد سماع اقوال المريض، توقف او استمرار تردده على العيادة النفسية ـ الاجتماعية لمدة او لمدد اخرى، على الا تزيد مدة تردده على العيادة النفسية ـ الاجتماعية عن الستة اشهر، وعلى اللجنة إخطاره كتابة بقرارها.

ويجوز للمريض التظلم من قرار اللجنة المشار اليها الصادر باستمرار تردده على العيادة النفسية ـ الاجتماعية الى محكمة الجنايات وذلك خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ إخطاره.

المادة 45 :

تتولى لجنة مختصة يعينها وزير الصحة دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية لأسرة المدمن على المواد المخدرة او المؤثرات العقلية الذي يودع في مصحة للعلاج استناداً لأحكام المادتين 42 و44 من هذا القانون، ثم ترفع تقريراً بذلك إلى وزير الصحة إذا رأت ان وجود المدمن في المصحة يترك اسرته بغير موارد مالية، يجري الوزير المختص لهذه الاسرة بقرار منه اعانة شهرية مناسبة.

المادة 46 :

يعهد بقرار من لجنة الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية المنصوص

عليها في المادة 48من هذا القانون برعاية المدمن الذي يتقرر الافراج عنه من المصحة او السجن او وقف تردده على العيادة النفسية ـ الاجتماعية، الى مؤسسة للرعاية تنشأ لهذا الغرض.

وعلى المؤسسة أن توفر عملاً لمن يتقرر رعايته وتراقب طريقة معيشته وتقدم اليه النصح والمعونة. وعليها كذلك ان تعد مكاناً مناسبا يلتقي فيه الاشخاص الموضوعون تحت الرعاية مرتين في الاسبوع على الاقل، باشراف اخصائيين نفسيين واجتماعيين، وان يكون هذا المكان بمثابة منتدى طبي واجتماعي لهم.

وعلى مؤسسة الرعاية ان تقدم الى لجنة الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية تقريراً عن حالة الاشخاص الموضوعين تحت الرعاية مرة كل ثلاثة اشهر على الأقل.

المادة 47 :

تراعي السرية حيال الاشخاص الذين يعالجون من الادمان على المخدرات او المؤثرات العقلية. ويعاقب كل من يفشي سرا اطلع عليه بحكم عمله، او استعمله لمنفعته الخاصة او لمنفعة شخص آخر بالحبس سنة على الاكثر، وبغرامة لا تزيد على مائتي دينار.

المادة 48 :

تتألف لجنة الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية بناء على قرار من وزير العدل من:

1 ـ مستشار بمحكمة الاستئناف يتولى رئاسة اللجنة..

2 ـ ممثل عن وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.

3 ـ ممثل عن وزارة الصحة من الاطباء.

4 ـ ممثل عن ادارة شؤون المخدرات والمؤثرات العقلية.

5 ـ شخص او اكثر من المهتمين بشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية.

المادة 49 :

على المحكمة المختصة ان تلقي الحجز على الأموال المنقولة وغير المنقولة لكل من استورد او صدر او نقل او زرع او انتج او صنع او تملك او حاز او احرز او باع او اشترى او سلم او تسلم مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او نباتاً من النباتات التي ينتج عنها مواد مخدرة او مؤثرات عقلية، او تبادل عليها او صرفها بأية صفة كانت او توسط في شيء منه، او ادار او اعد او هيأ مكاناً لتعاطي المخدرات او المؤثرات العقلية وكان ذلك بقصد الاتجار او اتجر فيها فعلاً، في غير الاحوال المرخص بها في هذا القانون.

وعلى المحكمة ان تحقق في المصادر الحقيقية للأموال المذكورة في الفقرة السابقة.

ويشمل التحقيق الأموال المنقولة وغير المنقولة للمتهم وزوجه واولاده القاصرين او غيرهم الموجودة في داخل البلاد او خارجها.

واذا ثبت للمحكمة ان مصدر اموال المتهم او زوجه او اولاده القاصرين هو احد الافعال المذكورة، في هذه المادة قضت بمصادرة هذه الاموال.

المادة 50 :

يحكم في جميع الاحوال بمصادرة المواد المخدرة او المؤثرات العقلية أو النباتات التي ينتج عنها مواد مخدرة او مؤثرات عقلية.

كما يحكم بمصادرة الادوات والاجهزة والآلات والأوعية المستعملة ووسائل النقل المضبوطة والتي تكون قد استخدمت في ارتكاب الجريمة وذلك دون الإخلال بحقوق الغير حسني النية.

المادة 51 :

تتلف المواد المخدرة والمؤثرات العقلية المحكوم بمصادرتها بمعرفة لجنة يرأسها احد اعضاء النيابة العامة ويصدر بتشكيلها واجراءاتها قرار من النائب العام.

ويجوز للنائب العام ان يؤذن بتسليم تلك المواد إلى اية جهة حكومية للانتفاع بها في الاغراض الصناعية او العلمية او غيرها.

المادة 52 :

يحكم باغلاق كل محل مرخص له بالاتجار في المواد المخدرة او المؤثرات العقلية او في حيازتها او اي محل آخر معد للسكن او غير مسكون اذا وقعت فيه احدى الجرائم المنصوص عليها في المادتين 35 و36 من هذا القانون.

ويحكم بالاغلاق مدة لا تقل عن ثلاثة اشهر ولا تزيد على سنة اذا ارتكب في المحل جريمة من الجرائم المنصوص عليها في المادة 40 من هذا القانون. وفي حالة العود (او التكرار) خلال خمس سنوات من تاريخ الحكم السابق يحكم بالاغلاق نهائيا.

المادة 53 :

يجوز الحكم بالاضافة الى العقوبات المنصوص عليها في هذا القانون بحرمان المحكوم عليه من ممارسة المهنة لمدة مساوية لمدة العقوبة المانعة للحرية المحكوم بها.

وكل مخالفة للحكم القاضي بالحرمان من ممارسة المهنة يعقاب عليها بالحبس مدة لا تزيد على السنتين وبغرامة من خمسين الى مائتي دينار.

المادة 54 :

يجوز للمحكمة ان تأمر بنشر ملخص الحكم القطعي الصادر بالسجن او الحبس في احدى الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون على نفقة المحكوم عليه في صحف يومية تعينها.

كما يجوز للمحكمة ان تأمر بلصق الحكم المذكور في الفقرة السابقة في الاماكن التي تعينها على نفقة المحكوم عليه اذا كان صادراً من اجل الجرائم المنصوص عليها في المواد 35 ,36 ,39 ,40 من هذا القانون.

المادة 55 :

يعاقب بغرامة لا تزيد على خمسمائة دينار كل من رخص له في الاتجار في المواد المخدرة او المؤثرات العقلية او حيازتها ولم يمسك الدفاتر المنصوص عليها في المادتين 31 و23 من هذا القانون أو لم يقم بالقيد فيها او تعمد اخفاءها.

المادة 56 :

يعاقب بغرامة لا تزيد على الف دينار كل من يحوز مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او يحرزها بكميات تزيد على الكميات الناتجة من

تعدد عمليات الوزن او تقل عنها بشرط الا تزيد الفروق على ما يأتي:

(أ) 10 في المائة في الكميات التي لا تزيد على غرام واحد.

(ب) 5 في المائة في الكميات التي تزيد على غرام وحتى 25 غراما بشرط الا يزيد مقدار التسامح على 50 سنتيغرام.

(جـ) 2 في المائة في الكميات التي تزيد على 25 غراما.

(د) 5 في المائة في المواد المخدرة او المؤثرات العقلية السائلة اياً كان مقدارها وفي حالة العود (او التكرار) تكون العقوبة الحبس وغرامة لا تزيد على الفي دينار.

المادة 57 :

لا يجوز الحكم بوقف تنفيذ العقوبة الصادرة على العائد في احدى الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون.

المادة 58 :

يُعفى من العقوبات المقررة بالمادتين 35 و36 كل مَن بادر من الجناة بابلاغ السلطات العامة عن الجريمة قبل علمها بها. فإذا حصل الابلاغ بعد علم السلطات العامة بالجريمة، تعين ان يوصل الابلاغ فعلاً الى ضبط باقي الجناة.

ويستفيد من عذر مخفف الجناة الذين يبلغون السلطات العامة عن الجريمة بعد علمها بها، إذا أوصل الابلاغ الى ضبط بعض الجناة، او الكشف عن معلومات جوهرية تتعلق بالجريمة، او الكشف عن اشخاص اشتركوا بالجريمة ولهم علاقة بعصابات اجرامية محلية او دولية.

المادة 59 :

يعاقب بالسجن مدة لا تزيد على خمس عشرة سنة كل من تعدى على احد الموظفين العموميين القائمين على تنفيذ هذا القانون او قاومه بالقوة او العنف اثناء تأدية وظيفته او بسببها.

وتكون العقوبة السجن المؤبد اذا نشأ عن التعدي عاهة مستديمة او تشويه جسيم لا يحتمل زواله أو إذا كان الجاني يحمل سلاحاً او كان من رجال السلطة المنوط بها المحافظة على الامن.

وتكون العقوبة الاعدام اذا افضى التعدي الى الموت.

ويعاقب بالاعدام كذلك كل من قتل عمداً احد الموظفين العموميين القائمين على تنفيذ هذا القانون اثناء تأدية وظيفته او بسببها.

المادة 60 :

تكون الأحكام الصادرة حضورياً بالعقوبة في إحدى الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون واجبة النفاذ فوراً ولو مع حصول استئنافها.

المادة 61 :

تعتبر الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون من الجرائم الموجبة لتسليم المجرمين.

الفصل التاسع

في الأحكام العامة

المادة 62 :

تنشأ بمرسوم لجنة تُسمى «اللجنة الوطنية العليا لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية»، وتشكل من:

ـ وزير الصحة	رئيسا
ـ وكيل وزير الداخلية	عضوا
ـ وكيل وزير العدل	عضوا
ـ مدير الجمارك العام	عضوا
ـ رئيس الشرطة العدلية	عضوا
ـ مدير ادارة مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية	عضوا
ـ رئيس قسم الصيدلة في وزارة الصحة	عضوا

المادة 63 :

تختص اللجنة الوطنية العليا لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية بما يلي:

1 ـ وضع السياسة العامة لاستيراد المواد المخدرة والمؤثرات العقلية وتصديرها ونقلها وانتاجها وصنعها وزراعتها وتملكها وحيازتها واحرازها والاتجار بها وشرائها وبيعها وتسليمها ووصفها طبيا، ولمكافحة الافعال

المذكورة عندما تكون غير مشروعة، وذلك ضمن القواعد التي بينها هذا القانون، والسياسة العامة التي تضعها الدولة.

2 ـ تنسيق التعاون بين مختلف الوزارات والادارات المختصة بشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية، وبين هذه المؤسسات والمكتب العربي لشؤون المخدرات والإدارات الدولية والعربية المختصة.

3 ـ تحديد كمية المخدرات والمؤثرات العقلية التي يجوز استيرادها او تصديرها او نقلها او انتاجها او زراعتها او الاتجار بها سنويا.

تنشأ بمرسوم ادارة تسمى «ادارة شؤون المخدرات والمؤثرات العقلية» وتلحق بوزارة الداخلية.

المادة 65 :

تختص ادارة شؤون المخدرات والمؤثرات العقلية بما يلي:

1 ـ ملاحقة الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون.

2 ـ تنفيذ الخطط والسياسات التي تضعها اللجنة الوطنية العليا لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية، وذلك فيما يختص بملاحقة الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون.

3 ـ التعاون مع المكتب العربي لشؤون المخدرات ومع نظيراتها في الدول العربية والاجنبية ومع الهيئات الدولية والإقليمية المختصة بشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية، ومع المنظمة الدولية للشرطة الجنائية، وذلك فيما يختص بملاحقة الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون، ومراقبة العبور غير المشروع للمواد المخدرة والمؤثرات العقلية. وذلك في حدود السياسة التي ترسمها اللجنة الوطنية العليا لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية.

المادة 66 :

يكون لمدير ادارة شؤون المخدرات والمؤثرات العقلية ولرؤساء الأقسام والفروع في هذه الادارة ومعاونيهم من الضباط وصف الضباط، ولآمر سلاح الحدود ومعاونيه من الضباط وصف الضباط ولرؤساء الضابطة الجمركية ومعاونيهم من الضباط وصف الضباط، ولموظفي ادارة حصر التبغ والتنباك، صفة رجال الضابطة القضائية فيما يختص بالجرائم المنصوص عليها في هذا القانون.

ويكون للمهندسين الزراعيين الموظفين في وزارة الزراعة ومعاونيهم صفة رجال الضابطة القضائية فيما يختص بالجرائم التي تقع بمخالفة أحكام الفصل السادس من هذا القانون.

المادة 67 :

للصيادلة الموظفين الذين يعينهم وزير الصحة دخول المحال المرخص لها بالاتجار بالمواد المخدرة او المؤثرات العقلية، أو بتصنيعها او بحيازتها او باستعمالها وذلك للتحقق من تنفيذ احكام هذا القانون، ويكون لهم في هذه الحالة صفة رجال الضابطة القضائية، ويحق لهم عند الضرورة اصطحاب رجال الأمن لمساعدتهم في اداء مهامهم.

وفيما عدا حالة الجريمة المشهودة (التلبس بها) لا يجوز لرجال الضابطة القضائية تفتيش المحال المذكورة في الفقرة السابقة الا بحضور احد الصيادلة الموظفين المشار اليهم في الفقرة السابقة.

المادة 68 :

يقوم رجال الضابطة القضائية المنصوص عليها في هذا القانون بقطع كل زراعة ممنوعة بمقتضى احكامه وجمعها مع اوراقها وجذورها على نفقة اصحابها. وتحفظ هذه الاشياء على ذمة المحاكمة بمخازن وزارة الزراعة الى ان يفصل نهائياً في الدعوى الجزائية.

المادة 69 :

تعدم بمعرفة وزارة الصحة او الجهة التي تعينها المواد المخدرة والمؤثرات العقلية التي يثبت الفحص المخبري عدم صلاحيتها او التي ينتهي تاريخ صلاحيتها، ويصدر وزير الصحة قراراً بالاجراءات الواجب اتباعها في هذا الشأن.

المادة 70 :

يجوز لوزير الداخلية بناء على عرض مدير ادارة شؤون المخدرات المؤثرات العقلية، وبعد اعلام النائب العام ومدير الجمارك، ان يسمح خطياً بمرور شحنة من المواد المخدرة او المؤثرات العقلية عبر اراضي الدولة الى دولة مجاورة، تطبيقاً لنظام المرور المراقب، اذ رأى هذا التصرف سيساهم في الكشف عن الاشخاص الذين يتعاونون على نقل الشحنة والجهة المرسلة اليها.

المادة 71 :

يعين بمرسوم بناء على عرض الوزير المختص مقدار المكافأة التي تصرف لكل من يرشد او يساهم او يسهل او يشترك في ضبط مواد مخدرة او مؤثرات عقلية.

المادة 72 :

تنشىء وزارة الصحة مصحة او مصحات لمعالجة المدمنين على المواد المخدرة والمؤثرات العقلية.

المادة 73 :

تنشىء وزارة الصحة عدداً من العيادات النفسية ـ الاجتماعية حسب الحاجة لمعالجة متعاطي المواد المخدرة او المؤثرات العقلية.

المادة 74 :

تنشىء وزارة الصحة مؤسسة لرعاية الأشخاص الذين يتقرر الافراج عنهم من المصحة او وقف ترددهم على العيادة النفسية ـ الاجتماعية.

المادة 75 :

تتولى وزارة الصحة اعداد الاطباء والموظفين لمعالجة المدمنين على المواد المخدرة او المؤثرات العقلية ومتعاطيها ورعايتهم وتعليمهم وتأهيلهم اجتماعيا.

المادة 76 :

تتولى وزارة الصحة بالتعاون مع الوزارات والمؤسسات المختصة الاخرى اتخاذ التدابير اللازمة لمنع اساءة استعمال المواد المخدرة والمؤثرات العقلية، ومعرفة الاشخاص المتورطين بذلك في موعد مبكر وعلاجهم ورعايتهم وتعليمهم وتأهيلهم اجتماعيا.

المادة 77 :

تقوم وزارة الصحة بالتعاون مع الوزارات والمؤسسات المختصة بوضع الخطط والبرامج اللازمة لتوعية الجمهور بخطورة اساءة استعمال المخدرات. والمؤثرات العقلية على الفرد والمجتمع، وعرضها ونشرها بوسائل الإعلام الرسمية وغير الرسمية.

المادة 78:

لوزير الصحة بقرار منه تعديل الجداول الملحقة بهذا القانون بالحذف أو بالإضافة أو بتغيير النسب الواردة فيها، بما يتفق مع تعديل الجداول الملحقة بالاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ وتعديلاتها، واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١ وتعديلاتها، أو بما يتفق مع نتائج الدراسات التي تقوم بها وزارة الصحة على المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.

المادة 79،

يقوم الوزراء ـ كل فيما يخصه ـ باصدار القرارات والتعليمات والبيانات والنماذج اللازمة لتنفيذ هذا القانون.

ول رقم — ١

(العقاقير المدرجة في الجدول الاول الملحق بالاتفاقية الوحيدة للمخدرات)

اثيل مثيل ثيامبوتين (٣ - اثيل مثيل امينو - ١،١ - ثنائي - (٢ - ثيينايل) - ١ - بيوتين)
اسيتيل ميثادول (٣ - اسيتوكسي - ٦ - ثنائي مثيل امينو - ٤،٤ ثنائي فينيل هبتان)
اسيتورفين (٣ - ٥ - اسيتيل تتراهيدرو - ٧ الفا - (١ - هيدروكسي - ١ - مثيل بيوتيل) - ٦،١٤ - اندوايثيراوريباقين)
الأفيون
الفابرودين (الفا - ١،٣ - ثنائي مثيل - ٤ - فنيل - ٤ - برو بيونوكسي بيبريدين)
الفاسيتيل ميثادول (الفا - ٣ - اسيتوكسي - ٦ - ثنائي مثيل امينو - ٤،٤ ثنائي فنيل هبتان)
الفاميبرودين (الفا - ٣ - اثيل - ١ - مثيل - ٤ - فنيل - ٤ - برو بيونوكسي بيبريدين)
الفاميثادول (الفا - ٦ - ثنائي مثيل امينو - ٤،٤ - ثنائي فنيل - ٣ - هبتانول)
اليل برودين (٣ - اليل - ١ - مثيل - ٤ - فنيل - ٤ - بر بيونوكسي بيبريدين)
انيليريدين (١ - بارا - امينوفين اثيل - ٤ - فنيل بيبريدين - ٤ - حمض كربوكسليك - اثيل استر)
اوكسي كودون (١٤ - هيدروكسي ثنائي هيدروكودايينون)
اوكسي مورفون (١٤ - هيدروكسي ثنائي هيدرومورفينون)
ايتونيتازين (١ - ثنائي اثيل امينو اثيل - ٢ - بارا - ايثوكسي بنزيل - ٥ - نترو سرعيد ازول)
ايتورفين (تتراهيدرو - ٧ - الفا - (١ - هيدروكسي - ١ - مثيل بيوتيل) - ٦،١٤ اندوايثينو - أوريبافين)
ايتوكسيريدين (١ - (٢ - (٢ - هيدروكسي ايثوكسي) - اثيل) - ٤ - فنيل بيبريدين - ٤ - حمض كربوكسليك اثيل استر)
ايسوميثادون (٦ - ثنائي مثيل امينو - ٥ - مثيل - ٤،٤ ثنائي فنيل - ٣ - هكسانون)
ايكجونين - استراتها ومشتقاتها التي تقبل التحول الى ايكجونين والكوكايين
بثيدين (١ - مثيل - ٤ - فنيل بيبريدين - ٤ - حمض كربوكسليك ايثيل استر)
برو بريدين (١ - مثيل - ٤ - فنيل بيبريدين - ٤ - حمض كربوكسيك ايزوبروبيل استر)
بروهبتازين (١،٣ - ثنائي مثيل - ٤ - فنيل - ٤ - برو بيونوكسي ازاسيكلوهبتان)
بزيترامايد (١ - (٣ - سيانو - ٣،٣ - ثنائي فنيل برو بيل) - ٤ - (٢ - اوكسو - ٣ - برو بيونيل - ١ - بنزميد ازولينيل) - بيبريدين)
بنزيثيدين (١ - (٢ - بنزيلوكسي اثيل) - ٤ - فنيل بيبريدين - ٤ - حمض كربوكسليك اثيل استر)
بنزيل مورفين (٣ - بنزيل مورفين)
بيتا برودين (بيتا - ١،٣ ثنائي مثيل - ٤ - فنيل - ٤ - برو بيونوكسي بيبريدين)
بيتا سيتيل ميثادول (بيتا - ٣ - اسيتوكسي - ٦ - ثنائي مثيل امينو - ٤،٤ ثنائي فنيل هبتان)
بيتا ميبرودين (بيتا - ٣ - اثيل - ١ - مثيل - ٤ - فنيل - ٤ - برو بيونوكسي بيبريدين)
بيتا ميثادول (بيتا - ٦ - ثنائي مثيل امينو - ٤،٤ - ثنائي فنيل - ٣ - هبتانول)
بيريترامايد (١ - (٣ - سيانو - ٣،٣ - ثنائي فنيل برو بيل) - ٤ - (١ - بيبريدينو) - بيبريدين - ٤ - كربوكساميد
بيمينودين (٤ - فنيل - ١ - (٣ - فنيل امينو برو بيل) بيبريدين - ٤ - حمض كربوكسليك اثيل استر)
تراى ميبريدين (١،٢،٥ - ثلاثي مثيل - ٤ - فنيل - ٤ - برو بيونوكسي بيبريدين)
تيليدين (-/+) - اثيل ترانس - ٢ - (ثنائي مثيل امينو) - ١ - فنيل - ٢ - سيكلوهكسين - ١ - كربوكسيلات
ثيباكون (اسيتيل ثنائي هيدروكودايينون)
ثيبان

جدول رقــــم – 6

(المواد المدرجة في الجدول الثاني الملحق باتفاقية المؤثرات العقلية)

الأسماء غير التجارية الدولية *		الأسماء غير التجارية الأخرى أو الأسماء الدارجة	الاسم الكيميائي
١-	AMPHETAMINE		(±)-2-amino-1-phenylpropane
٢-	DEXAMPHETAMINE		(+)-2-amino-1-phenylpropane
٣-	MECLOQUALONE		3-(o-chlorophenyl)-2-methyl-4(3H)-quinazolinone
٤-	METHAMPHETAMINE		(+)-2-methylamino-1-phenylpropane
٥-	METHAQUALONE		2-methyl-3-o-tolyl-4(3H)-quinazolinone
٦-	METHYLPHENIDATE		2-phenyl-2-(2-piperidyl)acetic acid, methyl ester
٧-	PHENCYCLIDINE		1-(1-phenylcyclohexyl)piperidine
٨-	PHENMETRAZINE		3-methyl-2-phenylmorpholine

ادرجت املاح المواد الواردة في هذا الجدول حيثما امكن وجود هذه الاملاح

جدول رقــم – 7

(المواد المدرجة في الجدول الثالث الملحق باتفاقية المؤثرات العقلية)

الأسماء غير التجارية الدولية		الأسماء غير التجارية الأخرى أو الأسماء الدارجة	الاسم الكيميائي
١-	AMOBARBITAL		5-ethyl-5-(3-methylbutyl) barbituric acid
٢-	CYCLOBARBITAL		5-(1-cyclohexen-1-yl)-5-ethylbarbituric acid
٣-	GLUTETHIMIDE		2-ethyl-2-phenylglutarimide
٤-	PENTOBARBITAL		5-ethyl-5-(1-methylbutyl) barbituric acid
٥-	SECOBARBITAL		5-allyl-5-(1-methylbutyl) barbituric acid

ادرجت املاح المواد الواردة في هذا الجدول حيثما امكن وجود هذه الاملاح .

جدول رقـــم – 8

(المواد المدرجة في الجدول الرابع الملحق باتفاقية المؤثرات العقلية)

الاسم الكيميائي	الأسماء غير التجارية الأخرى أو الأسماء الدارجة	الأسماء غير التجارية الدولية	
2-(diethylamino)propiophenone		AMFEPRAMONE	-١
5,5-diethylbarbituric acid		BARBITAL	-٢
N-benzyl-*N*,*a*-dimethylphenethylamine		BENZPHETAMINE	-٣
ethyl-2-chlorovinylethinyl-carbinol	ethchlorvynol		-٤
1-ethynylcyclohexanol-carbamate		ETHINAMATE	-٥
5-(*p*-chlorophenyl)-2,5-dihydro-3*H*-imidazo(2,1-*a*)-isoindol-5-ol		MAZINDOL	-٦
2-methyl-2-propyl-1,3-propanediol dicarbamate		MEPROBAMATE	-٧
5-ethyl-1-methyl-5-phenyl-barbituric acid		METHYLPHENOBARBITAL	-٨
3,3-diethyl-5-methyl-2,4-piperidine-dione		METHYPRYLON	-٩
(+)-3,4-dimethyl-2-phenylmorpholine		PHENDIMETRAZINE	-١٠
5-ethyl-5-phenylbarbituric acid		PHENOBARBITAL	-١١
a,*a*-dimethylphenethylamine		PHENTERMINE	-١٢
1,1-diphenyl-1-(2-piperidyl)-methanol		PIPRADROL	-١٣
(-)-1-dimethylamino-1,2-diphenylethane	SPA		-١٤

ادرجت املاح المواد الواردة في هذا الجدول حيثما امكن وجود هذه الاملاح .

إدارة مكافحة المخدرات والخمور

التاريخ : ١٩٨٧/٩/٣٦

الكشف السنوي بقضايا المخدرات لعام ١٩٨٦

نوع القضية	عدد القضايا	نوع القضية	عدد المتهمين	نوع المخدرات	كمية المخدرات المضبوطة		الجنس	الجنسيات
جلب مخدرات	١٦٠	جنايه	١٦٢	حشيش	٢٦٧٤	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				هيروئين	١٢٠٠	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				أفيون	٦٦	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				ماريجوانا	١٠٥	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				خشخاش	٤٠	كبسوله	ذكور / اناث	[illegible]
				قات	١١٨	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				بذور ماريجوانا	٣١	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				بذور خشخاش	١٧٢٤١٨	[illegible]	ذكور / اناث	[illegible]
				ميركيتاجون	٥٨٢٢٢٧١	حبه	ذكور / اناث	[illegible]
				فاليوم	١٣٥٢	حبه	ذكور / اناث	[illegible]
الاتجار بالمخدرات	٣٨	جنايه	١٣٠	كبتاجون	٤٧٧٢	حبه	ذكور / اناث	[illegible]
				حشيش	٢٥١٤٣	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				هيروئين	٢٨٢٢	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				خشخاش	١٢	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				كوكائين	١٥	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				ماريجوانا	٧	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
حيازة وتعاطي المخدرات	٢٢	جنايه	٤٥	هيروئين	٣٠٤	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				حشيش	٤١٥	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				أفيون	١١	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				ماريجوانا	١٢	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				فاليوم	١٢٢٨	حبه	ذكور / اناث	[illegible]
				كوكائين	٦	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				قات	١٥١	جرام	ذكور / اناث	[illegible]
				دولكسير	٣	حبات	ذكور / اناث	[illegible]
زراعة مخدرات		جنايه		ماريجوانا		شجرتين	ذكور / اناث	[illegible]

إدارة مكافحة المخدرات والخمور

التاريخ : ١٩٨٩/٩/٢٦

الكشف السنوي بقضايا المخدرات لعام ١٩٨٨

تابع ما قبله

سير التحقيق	عدد القضايا	نوع القضية	عدد المتهمين	نوع المخدرات	كمية المخدرات بالجرام	الجنس	كويتي	لبناني	اردني	سوري	مصري	غير كويتي	تركي	ايراني	تايلندي	سعودي	فلبيني	باكستاني	بريطاني	امريكي	هندي	عراقي	افغاني	بنغلادشي	يوناني	ألماني	مجهول	فلسطيني			
				حبوب كبتاجون	١٢٧٢ حبه	ذكور	٦	١	١													٢									
						اناث																									
			=	سيكانول	٢١٥ حبه	ذكور	١١																								
						اناث																									
			=	فاليوم	٩٧ حبه	ذكور	٤٠																								
						اناث																									
				مورفين		ذكور	١																								
						اناث																									
				مؤثرات عقليه		ذكور	١																								
						اناث																									
				حبوب غير معروفه	٦٧ حبه	ذكور	١١																								
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									
						ذكور																									
						اناث																									

احصاءات

وزارة الداخلية

الادارة العامة للمباحث الجنائية

إدارة مكافحة الخمور والمخدرات [1]

(١) مرفق رقم ٧

وزارة الداخلية
الادارة العامة للمباحث الجنائية
ادارة مكافحة المخدرات والخمور

الكشف السنوي لقضايا المخدرات جنح وجنايات لعام ١٩٨٠ م.

اولاً : قضايا التهريب والاتجار

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين													
		كويتي	مصري	إيراني	فلسطيني	عراقي	لبناني	أفغاني	زائيري	سيلاني	أردني	سوري	سوداني	تركي	هندي
٧٢	١٥٧	٥٣	٤٨	١٣	١	٢	٩	٧	١	٥	٥	٢	١	٢	٨

نوع المخدرات	حشيش	أفيون	هيروئين	زيت الحشيش	الماريجوانا	بذور الخشخاش	حبوب مندركس	حبوب كودائين	حبوب كابتاجون
وزن المخدرات بالجرام	٢٥٩٠٣٦	٢٣٠٢	٣٢٨	٨١	١٣٤٥	٤٣٩	٣٥١ حبة	١٨٠ حبة	٢٧٨٠٠٠ حبة

ثانياً : قضايا الحيازة والتعاطي

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين							
		مصري	كويتي	إيراني	عراقي	يمني	أردني	سوري	لبناني
٢٦	٤٠	١٨	٧	٦	٣	٢	٢	١	١

نوع المخدرات	حشيش	سجاير الحشيش	الأفيون	حبوب مندركس
وزن المخدرات بالجرام	٤٤٢	٢٧ سيجارة	٥١	٦٣ حبة

وزارة الداخلية
الادارة العامة للمباحث الجنائية
ادارة مكافحة المخدرات والخمور

الكشف السنوي لقضايا المخدرات جنح وجنايات لعام ١٩٨١ م.

اولاً : قضايا التهريب والاتجار

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين																
		كويتي	مصري	إيراني	باكستاني	هندي	أردني	لبناني	عراقي	بحريني	سعودي	فلسطيني	سوري	كوري	يوناني	أفغاني	أمريكي	كيني
٦٥	١٦١	٧٤	٢٤	١٩	٢٣	٨	٥	٣	٣	٢	٢	٢	١	١	١	١	١	١

نوع المخدرات	حشيش	هيروئين	أفيون	مورفين	ماريجوانا	حبوب المندركس	حبوب الكودائين
وزن المخدرات بالجرام	٤٠٧٢٣	٤٢٦٨	٢٠٦٠	٨ج + ١٢ حقنة	٩	٣٠٧٩ حبة	٨٨ حبة

ثانياً : قضايا الحيازة والتعاطي

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين										
		كويتي	مصري	إيراني	سوري	لبناني	أردني	فلسطيني	باكستاني	هندي	الماني	برازيلي
٦٨	٩١	٤٧	٢٣	٧	٥	٣	١	١	١	١	١	١

نوع المخدرات	حشيش	أفيون	هيروئين	ماريجوانا	مورفين	كوكائين	زيت حشيش	خشخاش	حبوب مندركس	حبوب دولكسين
وزن المخدرات بالجرام	١١٦٦	٥٧	١٢	٦٠	١	٣٣	٥	٥٦٥	٢٤ حبة	١٠٦

وزارة الداخلية
الادارة العامة للمباحث الجنائية
ادارة مكافحة المخدرات والخمور

الكشف السنوي لقضايا المخدرات جنح وجنايات لعام ١٩٨٢ م.

أولاً : قضايا التهريب والاتجار

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين: كويتي	هندي	إيراني	مصري	باكستاني	عراقي	لبناني	سوري	أردني	فلسطيني	سوداني	أمريكي	أفغاني	سيلاني	بنغلاديش	يمني
٦٠	١٧٣	٧٦	١٤	١٢	١٧	١٠	٨	٨	٧	٦	٤	٢	٢	٢	٣	١	١

نوع المخدرات	حشيش	هيروئين	أفيون	كوكائين	ماريجوانا	حبوب دولكسين	حبوب فاليوم	حبوب مندركس
وزن المخدرات بالجرام	٤٢٧٢٠٥	٣٣١٨	٨٨	٣١	٥٦	٥٠٧٠	٣٦٥	٢٤

ثانياً : قضايا الحيازة والتعاطي

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين: كويتي	مصري	إيراني	هندي	سوري	باكستاني	سعودي	أردني	فلسطيني	بريطاني	بحريني	سوداني	موريتاني	فليبيني	عراقي	نيوزلندي	لبناني
٨٥	٩٨	٣٨	٢٢	١١	٥	٤	٣	٢	٢	٢	٢	١	١	١	١	١	١	١

نوع المخدرات	حشيش	ماريجوانا	أفيون	هيروئين	خشخاش	حبوب فاليوم	حبوب دولكسين	حبوب مندركس
وزن المخدرات بالجرام	٨٠٩	٧٥	٥٥	١٥	٨٠٠	٤٣٤	٤٩٤	٢٠

وزارة الداخلية
الادارة العامة للمباحث الجنائية
ادارة مكافحة للخدرات والخمور

الكشف السنوي لقضايا المخدرات جنح وجنايات لعام ١٩٨٣ م.

أولاً : قضايا التهريب والاتجار

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين																						
		كويتي	مصري	باكستاني	ايراني	هندي	عراقي	سوري	أردني	كيني	بنغلاديشي	لبناني	تركي	سوداني	صومالي	فلبيني	بحريني	سعودي	يمني	بريطاني	تشيلي	غير كويتي	ساحل العاج	مغربي	أفغاني
١٣٤	٢٦٧	١١٥	٣١	٢٤	٢٣	٢٠	١٠	٨	٥	٤	٤	٣	٣	٣	٢	٢	٢	١	١	١	١	١	١	١	١

نوع المخدرات	حشيش	هيروئين	أفيون	ماريجوانا	كوكائين	سجاير الماريجوانا	حبوب دولكسين	
وزن المخدرات بالجرام	٤٥٨٥٣	٩٢٨٥	٣١٢٧	٧٦٥	٦١	٨	١٠٥٧ حبة	

ثانياً : قضايا الحيازة والتعاطي

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين																
		مصري	كويتي	ايراني	هندي	أردني	باكستاني	سوري	غير كويتي	عراقي	سعودي	بحريني	قطري	فرنسي	يوناني	نيجيري	أمريكي	بريطاني
٩٧	١٠٧	٣٦	٢٢	١٤	٦	٦	٥	٤	٣	٢	٢	١	١	١	١	١	١	١

نوع المخدرات	حشيش	ماريجوانا	أفيون	هيروئين	كوكائين	سجاير الحشيش	حبوب مندركس	حبوب دولكسن
وزن المخدرات بالجرام	١٢٤٠	١٢٥	٤٠	٢٠	٢٠	٤٩ سيجارة	٢٤ حبة	٢٧٣ حبة

وزارة الداخلية
الادارة العامة للمباحث الجنائية
ادارة مكافحة المخدرات والخمور

الكشف السنوي لقضايا المخدرات جنح وجنايات لعام ١٩٨٤ م.

اولاً : قضايا الجنايات

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين																										
		مصري	كويتي	هندي	إيراني	باكستاني	بنغلاديشي	غير كويتي	أردني	فلبيني	عراقي	يمني	سوري	سوداني	لبناني	سعودي	صيني	صومالي	كوري	أمريكي	تايلاندي	أفغاني	بريطاني	فرنسي	سيلاني	هولندي
٢٢٤	٣٤٣	٩٦	٨٦	٣٠	٢٣	٢٠	١٢	١٠	٨	٦	٦	٥	٥	٥	٥	٥	٤	٣	٣	٢	٢	٢	٢	١	١	١

نوع المخدرات	حشيش	هيروئين	أفيون	ماريجوانا	خشخاش	كوكائين	قات	مورفين	حبوب مندركس	حبوب دولكسين	حبوب فاليوم	حبوب كبتاجون
وزن المخدرات بالجرام	٨٤٩٨	٢٦٤٥	٢٥٠١	١٥٧٦٧	٥٢٥	١٨٩	٤٨٣	٣١ حقنة	١٥ حبة	١٥٠ حبة	١٠٠٤ حبة	١٥٢٠٠ حبة

ثانياً : قضايا الجنح

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين		
		سعودي	مصري	لبناني
٧	٩	٥	٣	١
نوع المخدرات		حبوب دولكسين	حبوب فاليوم	حبوب كبتاجون
وزن المخدرات بالجرام		٥٦ حبة	٢٥ حبة	١٢ حبة

وزارة الداخلية
الادارة العامة للمباحث الجنائية
ادارة مكافحة المخدرات والخمور

الكشف السنوي لقضايا المخدرات جنح وجنايات لعام ١٩٨٥ م.

أولاً : قضايا الجنايات

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين																						
		كويتي	مصري	باكستاني	أردني	هندي	سوري	لبناني	غير كويتي	سعودي	إيراني	فليبيني	يوناني	يمني ش	عراقي	بنغلاديشي	أفغاني	بريطاني	فرنسي	سوداني	تركي	قبرصي	فلسطيني	بولندي
١٥٤	٢٣٦	٧٠	٢٨	١٨	١٥	١٥	١١	١٠	١١	١٤	١٢	٥	٣	٤	٣	٢	٢	٣	١	١	٣	١	٢	٢

نوع المخدرات	حشيش	أفيون	ماريجوانا	هيروئين	خشخاش	حبوب دولكسين	حبوب فاليوم	حبوب كبتاجون	حبوب رويال	قات	حبوب فاليوم	حبوب ميتابون
وزن المخدرات بالجرام	٦٢١٣٢	١١٨١	١٣٤٦	١٤٨٤	٣٩ حبة	٣٩ حبة	١٠٠ حبة	١١٢٨٢٢ حبة	١٨٩ حبة	١	٣٣٤ حبة	٢٤٠ حبة

ثانياً : قضايا الجنح

عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات المتهمين		
		لبناني	سوري	
٢	٢	١	١	

نوع المخدرات	حبوب فاليوم	حبوب دولكسين
وزن المخدرات بالجرام	٦ حبة	٩ حبات

احصاءات

وزارة الداخلية

الادارة العامة للتخطيط والمعلومات[1]

ادارة الاحصاء

---

(١) مرفق رقم ٨

وزارة الداخلية

الادارة العامة للتخطيط والمعلومات

إدارة الاحصاء

البيانات الاحصائية خلال السنوات من ١٩٨٤ إلى ١٩٩١ حول موضوع الادمان على الخمر والمخدرات والعقاقير المؤثرة في العقل

السنة	الاتجار بالخمور	الاتجار بالمخدرات	حيازة خمور وسكر	حيازة وتعاطي المخدرات	المجموع
١٩٨٤	٨٠	٢٢٩	٥٩٧	٤٦	٩٥٢
١٩٨٥	١١٠	١٥٧	٥٩٥	٢٣	٨٨٥
١٩٨٦	١١١	٢٢٨	٥٠٤	٩	٨٥٢
١٩٨٧	٩٢	٢٤٦	٤٥٩	١٥	٨١٢
١٩٨٨	١١٢	١٦٧	٥٠٩	١٢	٨٠٠
١٩٨٩	١٦٠	٢١٢	٦١٠	٣٩	١٠٢١
١٩٩١	–	٣١	٢٦٠	١٠	٩ شهور إبريل – ديسمبر
المجموع	٦٦٥	١٢٧٠	٣٥٣٤	١٥٤	٥٣٢٢

جرائم الاتجار بالمخدرات لعام ١٩٨٦ م .

المخدر / الجنسية	كبتاجون	حشيش	هيروئين	خشخاش	كوكائين	ماريجوانا	المجموع
كويتي	٢	٣٣	٢٠	–	٢	١	٥٨
غير كويتي	١	٨٩	٤٣	١	٣	١	١٣٨
المجموع	٣	١٢٢	٦٣	١	٥	٢	١٩٦

جرائم الجلب والتعاطي لعام ١٩٨٦ م .

الجنسية / المخدر	حشيش	هيروئين	أفيون	ماريجوانا	خشخاش	قات	كوكائين	بذور ماريجوانا	بذور خشخاش	كبتاجون	فاليوم	دولكسين	المجموع
كويتي	٢١	٣	١	–	–	–	٢	–	–	٣	٢	–	٣٢
غير كويتي	٤٨	٢	٥	٥	١	٢٠	–	٢	٨٣	٣٣	٦	–	١٨٧
المجموع	٦٩	٥	٦	٥	١	١	٢	٢	٨٣	٣٦	٨	–	٢١٩

جرائم الاتجار بالمخدرات لعام ١٩٨٧ م .

المخدر / الجنسية	حشيش	هيروئين	أفيون	ماريجوانا	بذور ماريجوانا	كبتاجون	المجموع
كويتي	٣٧	٢٩	١	–	–	–	٦٧
غير كويتي	٥١	١٤	٤	٣	١	١	٧٤
المجموع	٨٨	٤٣	٥	٣	١	١	١٤١

جرائم الجلب والحيازة لعام ١٩٨٧ م .

المخدر / الجنسية	حشيش	ماريجوانا	هيروئين	أفيون	كبتاجون	مورفين	فاليوم	كوكايين	بذور خشخاش	بذور مايجوانا	قات	أعشاب مشتبه فيها	مادة مشتبه فيها	المجموع
كويتي	١٩	٣	٣	–	١	١	–	–	١	٣	–	١	١	٣٣
غير كويتي	٣٤	١٣	٤	٦	٥	١	٢	٢	٥٥	١٩	٢	٤	١٤	١٦١
المجموع	٥٣	١٦	٧	٦	٦	٢	٢	٢	٥٦	٢٢	٢	٥	١٥	١٩٤

جرائم الاتجار بالمخدرات عام ١٩٨٨ م .

الجنسية / المخدر	حشيش	أفيون	هيروئين	كبتاجون	ماريجوانا	فاليوم	مادة مشتبه فيها	حبوب موجادون	رتين	المجموع
كويتي	٦١	٤	٢٧	٢٢	٤	١	١	–	٥	١٢٥
غير كويتي	١٧	٥	٦	١١	–	٢	–	–	٣	٤٤
المجموع	٧٨	٩	٣٣	٣٣	٤	٣	١	–	٨	١٦٩

جرائم الجلب والتعاطي لعام ١٩٨٨ م .

المخدر / الجنسية	حشيش	هيروئين	حبوب غير معروفة	كبتاجون	كوكايين	ماريجوانا	أفيون	حبوب أبيجون	فاليوم	مورفين	سيكانون	المجموع
كويتي	١١	٦	١	٦	–	٤	١	١	٥	١	١	٣٧
غير كويتي	٤٦	٧	٣	١٤	٤	٦	١٠	–	–	١	–	٩١
المجموع	٥٧	١٣	٤	٢٠	٤	١٠	١١	١	٥	٢	١	١٢٨

الاتجار بالمخدرات عام ١٩٨٩ م .

المخدر / الجنسية	هيروئين	حشيش	أفيون	ماريجوانا	كبتاجون	مؤثرات عقلية	المجموع
كويتي	٤٩	٤٥	٤	-	١٦	-	١١٤
غير كويتي	١٣	٥٦	١	١	٧	٩	٨٧
المجموع	٦٢	١٠١	٥	١	٢٣	٩	٢٠١

جلب وتعاطي المخدرات لعام ١٩٨٩ م .

المخدر / الجنسية	حشيش	هيروئين	أفيون	ماريجوانا	كوكايين	مورفين	كبتاجون	فاليوم	خشخاش	مادة مشتبه فيها	مؤثرات عقلية	المجموع
كويتي	١٤	٨	–	–	–	–	١	١	–	–	١٠	٣٤
غير كويتي	٢٩	٦	٣	١١	٢	١	٣	١٨	٢	٢	٧	٨٤
المجموع	٤٣	١٤	٣	١١	٢	١	٤	١٩	٢	٢	١٧	١١٨

احصاءات

وزارة العدل

مركز المعلومات الآلي [1]

(١) مرفق رقم ٩

وزارة العدل
ادارة مركز المعلومات الآلي

قضايا الخمور والمخدرات الواردة للنيابة العامة خلال السنوات ١٩٨٣ ــ ١٩٨٨ والمتهمين فيها حسب الجنسية والنوع

السنوات	نوع التهمة	عدد القضايا	عدد المتهمين								
			كويتي			غير كويتي			المجموع الكلي		
			ذكر	أنثى	جمله	ذكر	أنثى	جمله	ذكر	أنثى	جمله
١٩٨٣	تناول خمور وسكر	٥٤٦	٣١١	٧	٣١٨	٣٤٤	٥	٣٤٩	٦٥٥	١٢	٦٦٧
	تجارة وصناعة الخمور	٩٥	١٨	–	١٨	١٤١	٢١	١٦٢	١٥٩	٢١	١٨٠
	تناول مخدرات	١١٢	٣٩	–	٣٩	١٠٣	٦	١٠٩	١٤٢	٦	١٤٨
	تجارة مخدرات	١٠٣	٨٢	٢	٨٤	١١٥	٥	١٢٠	١٩٧	٧	٢٠٤
	جمله	٨٥٦	٤٥٠	٩	٤٥٩	٧٠٣	٣٧	٧٤٠	١١٥٣	٤٦	١١٩٩
١٩٨٤	تناول خمور وسكر	٣٦٣	٢٥٧	٢	٢٥٩	١٧٠	٧	١٧٧	٤٢٧	٩	٤٣٦
	تجارة وصناعة الخمور	١١٩	٤٩	١	٥٠	١٧٩	١٠	١٨٩	٢٢٨	١١	٢٣٩
	تناول مخدرات	١٤٧	٣٠	٢	٣٢	١٤٨	١	١٤٩	١٧٨	٣	١٨١
	تجارة مخدرات	٨٤	٤٦	١	٤٧	١٠٦	١	١٠٧	١٥٢	٢	١٥٤
	جمله	٧١٣	٣٨٢	٦	٣٨٨	٦٠٣	١٩	٦٢٢	٩٨٥	٢٥	١٠١٠
١٩٨٥	تناول خمور وسكر	٣٧٤	٢٨٣	٤	٢٨٧	١٩١	٨	١٩٩	٤٧٤	١٢	٤٨٦
	تجارة وصناعة الخمور	١٥٥	٦١	٢	٦٣	٢٢٨	١٩	٢٤٧	٢٨٩	٢١	٣١٠
	تناول مخدرات	٧٣	٢٦	–	٢٦	٦٢	٣	٦٥	٨٨	٣	٩١
	تجارة مخدرات	٦٦	٣٧	١	٣٨	٨٩	٤	٩٣	١٢٦	٥	١٣١
	جمله	٦٦٨	٤٠٧	٧	٤١٤	٥٧٠	٣٤	٦٠٤	٩٧٧	٤١	١٠١٨

تابع / قضايا الخمور والمخدرات الواردة للنيابة العامة خلال السنوات ١٩٨٣ ـ ١٩٨٨
والمتهمين فيها حسب الجنسية والنوع

السنوات	نوع التهمة	عدد القضايا	عدد المتهمين								
			كويتي			غير كويتي			المجموع الكلي		
			ذكر	أنثى	جملة	ذكر	أنثى	جملة	ذكر	أنثى	جملة
١٩٨٦	تناول خمور وسكر	٣٢٣	٢٤٧	٤	٢٥١	١٢٧	٤	١٣١	٣٧٤	٨	٣٨٢
	تجارة وصناعة الخمور	١٤٢	٥٤	١	٥٥	٢٠٦	٢١	٢٢٧	٢٦٠	٢٢	٢٨٢
	تناول مخدرات	١٤٩	٣٥	١	٣٦	١٤٩	١٩	١٦٨	١٨٤	٢٠	٢٠٤
	تجارة مخدرات	٤٣	٤١	٢	٤٣	٥٨	١	٥٩	٩٩	٣	١٠٢
	جملة	٦٥٧	٣٧٧	٨	٣٨٥	٥٤٠	٤٥	٥٨٥	٩١٧	٥٣	٩٧٠
١٩٨٧	تناول خمور وسكر	٣٣٦	٢٣٢	٧	٢٣٩	١٥٦	٧	١٦٣	٣٨٨	١٤	٤٠٢
	تجارة وصناعة الخمور	١١٩	٤٥	-	٤٥	١٧٢	٢٠	١٩٢	٢١٧	٢٠	٢٣٧
	تناول مخدرات	١٦٢	٤٤	٢	٤٦	١٣٠	١٧	١٤٧	١٧٤	١٩	١٩٣
	تجارة مخدرات	٧٠	٥٩	٢	٦١	٧٦	٢	٧٨	١٣٥	٤	١٣٩
	جملة	٦٨٧	٣٨٠	١١	٣٩١	٥٣٤	٤٦	٥٨٠	٩١٤	٥٧	٩٧١
١٩٨٨	تناول خموز وسكر	٣١٩	٢٥٣	٥	٢٥٨	١٣٦	٥	١٤١	٣٨٩	١٠	٣٩٩
	تجارة وصناعة الخمور	١٣٤	٦٧	١	٦٨	١٨٢	١٤	١٩٦	٢٤٩	١٥	٢٦٤
	تناول مخدرات	١٠٥	٥٥	٣	٥٨	٧٧	٣	٨٠	١٣٢	٦	١٣٨
	تجارة مخدرات	٦٨	٧٨	٢	٨٠	٥٦	-	٥٦	١٣٤	٢	١٣٦
	جملة	٦٢٦	٤٥٣	١١	٤٦٤	٤٥١	٢٢	٤٧٣	٩٠٤	٣٣	٩٣٧

التوزيع النسبي لقضايا المخدرات منسوبة إلى جملة القضايا
خلال السنوات ١٩٨٣ ــ ١٩٨٩ م .

السنوات	جملة قضايا المخدرات	جملة قضايا الجنايات	النسبة
١٩٨٣	٢١٥	٤٢٣٤	٪٥٫١
١٩٨٤	٢٣١	٤٠٨٢	٪٥٫٧
١٩٨٥	١٣٩	٥٧٩٠	٪٢٫٤
١٩٨٦	١٩٢	٦٣٤٠	٪٣
١٩٨٧	٢٣٢	٦٤٢٤	٪٣٫٦
١٩٨٨	١٧٣	٦٥١٠	٪٢٫٧
١٩٨٩	١٧٨	٧٩٢٥	٪٢٫٢

قضايا الخمور والمخدرات الواردة للنيابة العامة خلال عام ١٩٨٣ والمتهمين فيها حسب الجنسية

نوع التهمة	عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
			كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٥٤٧	٦٦٧	٣١٨	٣٧	٤٣	٢٥	٩	٩	٣٥	١٢	١٠	٢٢	٣١
صناعة الخمور والاتجار فيها	٩٥	١٨٠	١٨	–	١١	١٨	٥	٦	١١	–	٢	٣	٨
تعاطي المخدرات	١١٢	١٤٨	٣٩	٣	٨	٥	–	٦	٣٥	٢	–	٢	٧
الاتجار بالمخدرات	١٠٣	٢٠٤	٨٤	٣	٧	٧	٣	٩	٢٤	٢	–	١	٦
المجموع	٨٥٦	١١٩٩	٤٥٩	٤٣	٦٩	٥٥	١٧	٣٠	١٠٥	١٦	١٢	٢٧	٥٢

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فلبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر	٤	١٠	٣٧	٢	٣	١٨	٣٣	٣	٦	–
صناعة الخمور والاتجار فيها	٤	٦	٤٦	١	٢	٢٧	٦	١	٦	–
تعاطي المخدرات	١٥	١٢	٨	–	–	١	٣	–	–	٢
الاتجار بالمخدرات	١٤	١٣	١٣	–	٢	٥	–	١	٧	٣
المجموع	٣٧	٤١	١٠٤	٣	٧	٥١	٤٢	٥	١٣	٥

قضايا الخمور والمخدرات الواردة للنيابة العامة خلال عام ١٩٨٤
والمتهمين فيها حسب الجنسية

نوع التهمة	عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
			كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٣٦٣	٤٣٦	٢٥٩	١٢	١٧	٣	٣	٣	١١	١١	٦	١٦	٣٢
صناعة الخمور والاتجار فيها	١١٩	٢٣٩	٥٠	٧	٢٧	٣	٧	٦	١٨	٢	٢	–	١٣
تعاطي المخدرات	١٤٧	١٨١	٣٢	٤	–	١٠	٤	٦	٥٧	١	٢	–	١
الاتجار بالمخدرات	٨٤	١٥٤	٤٧	١	٥	١	٣	٢	٢٩	٢	١	٣	١٠
المجموع	٧١٣	١٠١٠	٣٨٨	٢٤	٤٩	١٧	١٧	١٧	١١٥	١٦	١١	١٩	٥٦

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فلبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر	١	٦	٣٣	–	–	١١	٦	٢	٤	–
صناعة الخمور والاتجار فيها	٣	٧	٣٠	٧	٩	٢٤	٧	–	١٦	١
تعاطي المخدرات	١٠	١٢	١٨	١	٢	١٣	٣	١	٤	–
الاتجار بالمخدرات	١١	٧	١٤	–	–	٩	–	١	٨	–
المجموع	٢٥	٣٢	٩٥	٨	١١	٥٧	١٦	٤	٣٢	١

قضايا الخمور والمخدرات الواردة للنيابة العامة خلال عام ١٩٨٥
والمتهمين فيها حسب الجنسية

نوع التهمة	عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
			كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٣٧٤	٤٨٦	٢٨٧	١٦	١٥	١٣	٥	٣	١١	٥	٤	١	٤٨
صناعة الخمور والاتجار فيها	١٥٥	٣١٠	٦٣	٣	٣٠	٤	٦	٥	١١	٢	١	٣	١٧
تعاطي المخدرات	٧٣	٩١	٢٦	٢	—	١١	٤	—	١٥	١	٣	—	١
الاتجار بالمخدرات	٦٦	١٣١	٣٨	٢	٣	٨	٦	١١	٩	—	١	—	٧
المجموع	٦٦٨	١٠١٨	٤١٤	٢٣	٤٨	٣٦	٢١	١٩	٤٦	٨	٩	٤	٧٣

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فلبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر	٢	١	٣٤	٢	١	١٢	١٨	٢	٦	—
صناعة الخمور والاتجار فيها	٥	٥	٥٧	٦	٥	١٨	٢٧	١	٣٤	٧
تعاطي المخدرات	١	٩	٨	—	١	٢	٣	—	٤	—
الاتجار بالمخدرات	٨	١٠	٥	—	٤	١	٤	—	١٤	—
المجموع	١٦	٢٥	١٠٤	٨	١١	٣٣	٥٢	٣	٥٨	٧

. قضايا الخمور والمخدرات الواردة للنيابة العامة خلال عام ١٩٨٦
والمتهمين فيها حسب الجنسية

نوع التهمة	عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
			كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٣٢٣	٣٨٢	٢٥١	١٠	١٧	٨	٢	٥	٤	٣	٣	٣	٣٠
صناعة الخمور والاتجار فيها	١٤٢	٢٨٢	٥٥	٢	٤٦	٥		٢	٤	٤	٣	١	٢٠
تعاطي المخدرات	١٤٩	٢٠٤	٣٦	٤	٦	٥	١٤	١١	١٦		١		٣
الاتجار بالمخدرات	٤٣	١٠٢	٤٣	١	٣	٣	٣	٧	٩	١			٦
المجموع	٩٥٧	٩٧٠	٣٨٥	١٧	٧٢	٢١	١٩	٢٥	٣٣	٨	٧	٤	٥٩

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فلبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر		٥	١٩	٥	٢	٩	٥	١		
صناعة الخمور والاتجار فيها	١	٥	٥١	١٠	١	٢٥	١٨	١	٢٤	٤
تعاطي المخدرات	٣	٣٧	٤٨	٢		١٣	٢		٢	١
الاتجار بالمخدرات	٢	٦	٣			٩	١		٥	
المجموع	٦	٥٣	١٢١	١٧	٣	٥٦	٢٦	٢	٣١	٥

قضايا الخمور والمخدرات الواردة للنيابة العامة خلال عام ١٩٨٧
والمتهمين فيها حسب الجنسية

نوع التهمة	عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
			كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٣٣٦	٤٠٢	٢٣٩	١٤	٢١	٤	١		٤	٨	٤	٣	٤١
صناعة الخمور والاتجار فيها	١١٩	٢٣٧	٤٥	٢	٢٨	٥	٧	٢	٤		١		٢٧
تعاطي المخدرات	١٦٢	١٩٣	٤٦	٧	٤	٣	٢	١	٧	١	٢		٤
الاتجار بالمخدرات	٧٠	١٣٩	٦١	٣	١	٥	٥	٢	١٢				١٠
المجموع	٦٨٧	٩٧١	٣٩١	٢٦	٥٤	١٧	١٥	٥	٢٧	٩	٧	٣	٨٢

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	أيران	باكستان	هند	سيلان	فلبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر		١	٢٨			١٩	٨	١	٦	
صناعة الخمور والاتجار فيها		٧	٤٧	٣	٨	١٦	١٠	٢	٢٣	
تعاطي المخدرات	٢٢	١٧	٤٣		٥	١٨	٣		٦	٢
الاتجار بالمخدرات	٦	١٧			١	١٠	٢		٤	
المجموع	٢٨	٤٢	١١٨	٣	١٤	٦٣	٢٣	٣	٣٩	٢

قضايا الخمور والمخدرات الواردة للنيابة العامة خلال عام ١٩٨٨ والمتهمين فيها حسب الجنسية

نوع التهمة	عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
			كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٣١٩	٣٩٩	٢٥٨	٢٥	٤	١٢	٢		١	٦	٥	٤	٢٩
صناعة الخمور والاتجار فيها	١٣٤	٢٦٤	٦٨	٤	٣٥	٦	٩	٣	٣	٩	١		٣٤
تعاطي المخدرات	١٠٥	١٣٨	٥٨	٤	٢	٨	٢	١	١٤				٦
الاتجار بالمخدرات	٦٨	١٣٦	٨٠	٣			٤	٩	٣				٦
المجموع	٦٢٦	٩٣٧	٤٦٤	٣٦	٤١	٢٦	١٧	١٣	٢١	١٥	٦	٤	٧٥

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فلبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر	٢	١	٢٧	٥	٤	٦	٦		١	١
صناعة الخمور والاتجار فيها	١		٣٠	٩	٣	٢٠	٢		٢٧	
تعاطي المخدرات	٢	١٦	٤		١	١٠	٣	١	٦	
الاتجار بالمخدرات	٣	٤	١			١١	١		١١	
المجموع	٨	٢١	٦٢	١٤	٨	٤٧	١٢	١	٤٥	١

قضايا الخمور وللمخدرات الواردة للنيابة العامة خلال عام ١٩٨٩
وللمتهمين فيها حسب الجنسية

نوع التهمة	عدد القضايا	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
			كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تعاطي المخدرات	٩٢	١٣٠	٤٩	٦	٨	٩	٥	٣	١٢	١	–	١	٥
الاتجار بالمخدرات	٨٦	١٥٢	٨٨	٩	٣	١	٢	٣	–	–	–	–	٥
المجموع	١٧٨	٢٨٢	١٣٧	١٥	١١	١٠	٧	٦	١٢	–	–	–	١٢

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فلبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تعاطي المخدرات	٣	٥	٧	–	١	٥	٣	–	٧	–
الاتجار بالمخدرات	١	١٧	–	–	١	٣	١	١	١٧	–
المجموع	٤	٢٢	٧	–	٢	٨	–	٥	٢٤	–

قضايا الخمور والمخدرات (جنايات ، جنح أحداث) والتي تصرفت فيها النيابة العامة حسب نوع التهمة والتصرف

عام ١٩٨٥ م.

نوع التهمة	جنايات					جنح أحداث					عمومية
	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	
تناول الخمور والسكر	١	١	٦	٧	١٥	٤	٣	١	١	٩	٢٤
صناعة الخمور والاتجار فيها	٩٥	٤	٢	٦	١٠٧	١	١	٠	١	٣	١١٠
تعاطي المخدرات	٥٢	١٤	٠	٤	٧٠	٠	٠	٠	٠	٠	٧٠
الاتجار بالمخدرات	٦٠	٣	٠	٠	٦٣	٠	٠	٠	٠	٠	٦٣
جملة	٢٠٨	٢٢	٨	١٧	٢٥٥	٥	٤	١	٢	١٢	٢٦٧

عام ١٩٨٦ م.

نوع التهمة	جنايات					جنح أحداث					عمومية
	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	
تناول الخمور والسكر	١	٠	٣	٢	٠٦	٥	١	٠	٠	٦	١٢
صناعة الخمور والاتجار فيها	٩٤	٨	٣	٠	١٠٥	٠	٠	٠	٠	٠	١٠٥
تعاطي المخدرات	٤٩	١٤	٠	٦	٦٩	٠	٠	٠	٠	٠	٦٩
الاتجار بالمخدرات	٤٨	٢	٠	٠	٥٠	٠	٠	٠	٠	٠	٥٠
جملة	١٩٢	٢٤	٦	٨	٢٣٠	٥	١	٠	٠	٦	٢٣٦

قضايا الخمور والمخدرات (جنايات ، جنح أحداث) والتي تصرفت فيها النيابة العامة حسب نوع التهمة والتصرف

عام ١٩٨٧ م.

نوع التهمة	جنايات					جنح أحداث					عمومية
	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	
تناول الخمور والسكر	٣	١	٢	١	٧	١١	١	١	٠	١٣	٢٠
صناعة الخمور والاتجار فيها	٦٩	١٢	٢	٠	٨٣	٠	٠	٠	٠	٠	٨٣
تعاطي المخدرات	١٤٥	٨٨	١	٦	٢٤٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢٤٠
الاتجار بالمخدرات	٦١	١	٠	٠	٦٢	٠	٠	٠	٠	٠	٦٢
جملة	٢٧٨	١٠٢	٥	٧	٣٩٢	١١	١	١	٠	١٣	٤٠٥

عام ١٩٨٨ م.

نوع التهمة	جنايات					جنح أحداث					عمومية
	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	
تناول الخمور والسكر	٠	٢	٧	١	١٠	٢	٦	٠	٠	٨	١٨
صناعة الخمور والاتجار فيها	٥٥	١٢	٥	٤	٧٦	٠	٠	٠	٠	٠	٧٦
تعاطي المخدرات	٨٧	١٩	٢	١	١٠٩	٠	٠	٠	٠	٠	١٠٩
الاتجار بالمخدرات	٦١	٢	٠	١	٦٤	٠	٠	٠	٠	٠	٦٤
جملة	٢٠٣	٣٥	١٤	٧	٢٥٩	٢	٦	٠	٠	٨	٢٦٧

قضايا الخمور والمخدرات (جنايات ، جنح احداث) والتي تصرفت فيها النيابة العامة حسب نوع التهمة والتصرف عام ١٩٨٩ م.

نوع التهمة	جنايات					جنح احداث					عمومية
	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	إحالة للمحكمة	حفظ	إحالة للتحقيقات	أخرى	المجموع	
تناول الخمور والسكر	٠	١	٣	٠	٤	٩	٢	٠	٠	١١	١٥٠
صناعة الخمور والاتجار فيها	١٠٩	١٢	٥	٥	١٣١	٠	٠	٠	٠	٠	١٣١
تعاطي المخدرات	٧١	٢٣	٠	١	٩٥	٠	٠	٠	٠	٠	٩٥
الاتجار بالمخدرات	٨٠	٥	٠	٠	٨٥	٠	٠	٠	٠	٠	٨٥
جملة	٢٦٠	٤١	٨	٦	٣١٥	٩	٢	٠	٠	١١	٣٢٦

قضايا الخمور والمخدرات (جنايات ، جنح أحداث) التي تصرفت فيها
النيابة وكذلك الجنح المحالة للمحكمة خلال عام ١٩٨٥

نوع التهمة	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
		كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٤٨٦	٢٨٩	١٦	١٥	١٣	٦	٣	١١	٦	٤	١	٤٣
صناعة الخمور والاتجار فيها	٣١٨	٦٥	٢	٣٣	٤	٦	٥	١٢	٣	١	٣	١٩
تعاطي المخدرات	٨٩	٢٣	٢	٠	٩	٣	٢	١٨	١	٢	٠	١
الاتجار بالمخدرات	١٣٣	٣٦	١	٥	٧	٦	١٠	١٢	٠	١	٠	٧
المجموع	١٠٢٦	٤١٣	٢١	٥٣	٣٣	٢١	٢٠	٥٣	١٠	٨	٤	٧٠

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فلبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر	٢	١	٣٤	٢	١	١٢	١٨	٢	٧	٠
صناعة الخمور والاتجار فيها	٧	٥	٥٤	٨	٥	٢٦	٢٣	١	٣١	٥
تعاطي المخدرات	٣	٩	٦	٠	١	٣	٣	١	٢	٠
الاتجار بالمخدرات	١٠	٩	٤	٠	٤	٥	٤	٠	١٢	٠
المجموع	٢٢	٢٤	٩٨	١٠	١١	٤٦	٤٨	٤	٥٢	٥

قضايا الخمور والمخدرات (جنايات ، جنح احداث) التي تصرفت فيها النيابة وكذلك الجنح المحالة للمحكمة خلال عام ١٩٨٦

نوع التهمة	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
		كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٣٨٠	٢٥٢	١٠	١٥	٨	٢	٥	٤	٣	٣	٣	٣٠
صناعة الخمور والاتجار فيها	٢٩٢	٥٢	٣	٤٤	٥	٠	٢	٤	٤	٣	١	٢١
تعاطي المخدرات	١٢٣	٣٩	٠	٢	١٠	١٥	٨	١٥	٠	٢	٠	٣
الاتجار بالمخدرات	١١٩	٥٠	٢	٣	٣	٣	٨	٩	١	٠	٠	٨
المجموع	٩١٤	٣٩٣	١٥	٦٤	٢٦	٢٠	٢٣	٣٢	٨	٨	٤	٦٢

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فليبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر	٠	٤	١٩	٥	٢	٩	٥	١	٠	٠
صناعة الخمور والاتجار فيها	١	٥	٥٥	٧	١	٢٣	٢٥	١	٢٩	٦
تعاطي المخدرات	٢	٧	٦	١	٠	٨	٢	٠	٣	٠
الاتجار بالمخدرات	٣	٨	٤	٠	٠	٩	١	٠	٧	٠
المجموع	٦	٢٤	٨٤	١٣	٣	٤٩	٣٣	٢	٣٩	٦

قضايا الخمور والمخدرات (جنايات ، جنح احداث) التي تصرفت فيها
النيابة وكذلك الجنح المحالة للمحكمة خلال عام ١٩٨٧

نوع التهمة	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
		كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٣٩٩	٢٣٧	١٤	٢٣	٤	١	٠	٤	٨	٤	٣	٤١
صناعة الخمور والاتجار فيها	٢٢٧	٤٧	٢	١٧	٥	٧	٢	٤	٠	١	٠	٢٢
تعاطي المخدرات	٢٧٦	٤٤	١٠	٨	٣	٢	٤	٨	١	٢	٠	٤
الاتجار بالمخدرات	١٢٤	٥٤	٢	٢	٦	٢	١	١٠	٠	٠	٠	١٠
المجموع	١٠٢٦	٣٨٢	٢٨	٥٠	١٨	١٢	٧	٢٦	٩	٧	٣	٧٧

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فليبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر	٠	١	٢٨	٠	٠	١٩	٨	١	٣	٠
صناعة الخمور والاتجار فيها	٠	٧	٥٢	٥	٨	١٨	١٠	٢	١٨	٠
تعاطي المخدرات	٢٠	٤٤	٨٦	١	٥	٢٢	٣	٠	٩	٠
الاتجار بالمخدرات	٥	١٤	١	٠	١	١٠	٢	٠	٤	٠
المجموع	٢٥	٦٦	١٦٧	٦	١٤	٦٩	٢٣	٣	٣٤	٠

قضايا الخمور والمخدرات (جنايات ، جنح احداث) التي تصرفت فيها
النيابة وكذلك الجنح للحالة للمحكمة خلال عام ١٩٨٨

نوع التهمة	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
		كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٤٠٣	٢٥٨	٢٥	٤	١٢	٢	٠	١	٦	٥	٤	٢٩
صناعة الخمور والاتجار فيها	٢٤٣	٥٥	٣	٣٧	٦	٩	٤	٣	٧	١	٠	٣٢
تعاطي المخدرات	١٣٧	٥٥	٥	١	٧	٢	١	١٣	٠	٠	٠	٥
الاتجار بالمخدرات	١١٧	٥٩	٢	٠	٠	٦	٩	٥	٠	٠	٠	٥
المجموع	٩٠٠	٤٢٧	٣٥	٤٢	٢٥	١٩	١٤	٢٢	١٣	٦	٤	٧١

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فلبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر	٢	٢	٢٧	٥	٤	٦	٦	٠	٥	٠
صناعة الخمور والاتجار فيها	٤	٠	٢٧	٣	٥	٢٠	٢	٠	٢٥	٠
تعاطي المخدرات	٥	١٩	٥	٠	١	١١	٠	١	٦	٠
الاتجار بالمخدرات	٤	٧	١	٠	٠	١١	٠	٠	٨	٠
المجموع	١٥	٢٨	٦	٨	١٠	٤٨	٨	١	٤٤	٠

قضايا الخمور والمخدرات (جنايات ، جنح أحداث) التي تصرفت فيها
النيابة وكذلك الجنح للحالة للمحكمة خلال عام ١٩٨٩

نوع التهمة	عدد المتهمين	جنسيات عربية										
		كويت	دول الخليج	عراق	أردن فلسطين	لبنان	سوريا	مصر	سودان	يمن	صومال	عربية أخرى
تناول الخمور والسكر	٥٤١	٣٢٥	٣١	٢٠	١٣	١	١	٦	٨	٤	٢	٣٢
صناعة الخمور والاتجار فيها	٣٥٠	٨١	٥	٧٣	٢	٦	٢	٤	٢	١	٠	٤١
تعاطي المخدرات	١٣٣	٥١	٦	٨	٩	٥	٣	١٢	١	٠	١	٥
الاتجار بالمخدرات	١٥٦	٩٠	٩	٣	١	٢	٣	٠	٠	٠	٠	٦
المجموع	١١٨٠	٥٤٧	٥١	١٠٤	٢٥	١٤	٩	٢٢	١١	٥	٣	٨٤

نوع التهمة	جنسيات أجنبية									
	ايران	باكستان	هند	سيلان	فليبين	آسيوية أخرى	أوروبا	أمريكا	غير مبين	أخرى
تناول الخمور والسكر	١	١	٣٧	٢٠	١	٢٠	١١	٢	٥	٠
صناعة الخمور والاتجار فيها	٢	٤	٤٢	١٣	٦	٢٨	٦	٠	٣٢	٠
تعاطي المخدرات	٣	٥	٧	٠	١	٥	٣	٠	٨	٠
الاتجار بالمخدرات	١	١٧	٠	٢	١	٢	١	١	١٧	٠
المجموع	٧	٢٧	٨٦	٣٥	٩	٥٥	٢١	٣	٦٢	٠

عدد طلبات* إيداع مدمني المخدرات والخمور
الواردة للنيابة العامة خلال السنوات ١٩٨٣ ــ ١٩٨٩

السنة	عدد الطلبات
١٩٨٣	٦
١٩٨٤	٢٥
١٩٨٥	٢٠
١٩٨٦	٢٧
١٩٨٧	١٨
١٩٨٨	١٨
١٩٨٩	٢٦

* ملاحظة : هذه الطلبات مقدمة من ذوي المدمنين

وزارة العدل
مركز المعلومات الآلي

☆ الأحكام الصادرة في جرائم الخمور والمخدرات خلال عام ١٩٨٣ م. ☆
(حسب آخر حكم صدر حتى تاريخه)

الحكم / نوع التهمة	المحكوم عليهم بالإدانة							المحكوم عليهم بالبراءة	جملة عمومية
	حبس	غرامة	عدم النطق بالعقاب	إيداع احداث	إجراءات احداث أخرى	أخرى	جملة الادانة		
تناول الخمور والسكر	٢٦٩	٤٢٥	٢	١	٢	–	٦٩٩	٣١	٧٣٠
صناعة الخمور والتجار بها	٨٩	٣٧	١	–	–	٢	١٢٩	٤١	١٧٠
تناول المخدرات	٥٤	٥٧	١	–	–	–	١١٢	٧	١١٩
الاتجار بالمخدرات	١٨٥	٣٩	٢	–	–	–	٢٢٦	٢٤	٢٥٠
الجملة	٥٩٧	٥٥٨	٦	١	٢	٢	١١٦٦	١٠٣	١٢٦٩

وزارة العدل
مركز المعلومات الآلي

☆ الأحكام الصادرة في جرائم الخمور والمخدرات خلال عام ١٩٨٤ م. ☆
(حسب آخر حكم صدر حتى تاريخه)

الحكم / نوع التهمة	المحكوم عليهم بالإدانة							المحكوم عليهم بالبراءة	جملة عمومية
	حبس	غرامة	عدم النطق بالعقاب	إيداع احداث	إجراءات احداث أخرى	أخرى	جملة الادانة		
تناول الخمور والسكر	٢٦٤	٢٠٧	٣	١	٦	١	٤٨٢	١٧	٤٩٩
صناعة الخمور والتجار بها	١٤٣	٥٠	١	–	–	–	١٩٤	٤٢	٢٣٦
تناول المخدرات	١٢٦	٢٦	١٦	–	١	–	١٦٩	٢٠	١٨٩
الاتجار بالمخدرات	١٣١	٢٧	٣	–	١	–	١٦٢	٢٣	١٨٥
الجملة	٦٦٤	٣٢٠	٢٣	١	٨	١	١٠٠٧	١٠٢	١١٠٩

وزارة العدل

مركز المعلومات الآلي

☆ الاحكام الصادرة في جرائم الخمور والمخدرات خلال عام ١٩٨٥ م. ☆

(حسب آخر حكم صدر حتى تاريخه)

الحكم / نوع التهمة	المحكوم عليهم بالإدانة							المحكوم عليهم بالبراءة	جملة عمومية
	حبس	غرامة	عدم النطق بالعقاب	إيداع احداث	إجراءات احداث أخرى	أخرى	جملة الادانة		
تناول الخمور والسكر	٢٨١	٢١٥	١	–	٢	١	٥٠٠	١٦	٥١٦
صناعة الخمور والتجار بها	١٩٩	٦٩	٢	–	–	–	٢٧٠	٦٠	٣٣٠
تناول المخدرات	٩٠	٨	٢٢	–	–	–	١٢٠	١١	١٣١
الاتجار بالمخدرات	١٥٣	٨	٤	–	–	–	١٦٥	٣١	١٩٦
الجملـــــة	٧٢٣	٣٠٠	٢٩	–	٢	١	١٠٥٥	١١٨	١١٧٣

وزارة العدل
مركز المعلومات الآلي

☆ الأحكام الصادرة في جرائم الخمور والمخدرات خلال عام ١٩٨٦ م. ☆
(حسب آخر حكم صدر حتى تاريخه)

الحكم / نوع التهمة	المحكوم عليهم بالإدانة							المحكوم عليهم بالبراءة	جملة عمومية
	حبس	غرامة	عدم النطق بالعقاب	إيداع احداث	إجراءات احداث أخرى	أخرى	جملة الادانة		
تناول الخمور والسكر	٢٠٠	٢٠٣	١	–	–	–	٤٠٤	٢٠	٤٢٤
صناعة الخمور والتجار بها	١٩٨	٥٠	٩	–	١	–	٢٥٨	٨٤	٣٤٢
تناول المخدرات	٦٢	١	١٧	–	–	١	٨١	٢٥	١٠٦
الاتجار بالمخدرات	١٣٤	١٠	٥	–	–	–	١٤٠	٣٦	١٧٦
الجملة	٥٩٤	٢٥٥	٣٢	–	١	١	٨٨٣	١٦٥	١٠٤٨

وزارة العدل
مركز المعلومات الآلي

☆ الأحكام الصادرة في جرائم الخمور والمخدرات خلال عام ١٩٨٧ م. ☆
(حسب آخر حكم صدر حتى تاريخه)

الحكم / نوع التهمة	المحكوم عليهم بالإدانة							المحكوم عليهم بالبراءة	جملة عمومية
	حبس	غرامة	عدم النطق بالعقاب	إيداع احداث	إجراءات احداث أخرى	أخرى	جملة الادانة		
تناول الخمور والسكر	٢٦٢	٢١١	٤	–	٤	–	٤٨١	١٩	٥٠٠
صناعة الخمور والتجار بها	١٨٥	٤٧	٤	–	–	–	٢٣٦	٥٠	٢٨٦
تناول المخدرات	٧٤	٣	١٥	١	١	–	٩٤	٩٦	١٩٠
الاتجار بالمخدرات	٩١	٢	٥	–	–	–	٩٨	٣٥	١٣٣
الجملـــــة	٦١٢	٢٦٣	٢٨	١	٥	–	٩٠٩	٢٠٠	١١٠٩

وزارة العدل
مركز المعلومات الآلي

☆ الاحكام الصادرة في جرائم الخمور والمخدرات خلال عام ١٩٨٨ م. ☆
(حسب آخر حكم صدر حتى تاريخه)

الحكم / نوع التهمة	المحكوم عليهم بالإدانة							المحكوم عليهم بالبراءة	جملة عمومية
	حبس	غرامة	عدم النطق بالعقاب	إيداع احداث	إجراءات احداث أخرى	أخرى	جملة الادانة		
تناول الخمور والسكر	٢٥١	١٥٥	٦	–	١	–	٤١٣	١٦	٤٢٩
صناعة الخمور والتجار بها	١٧٢	٤٥	٣	–	–	–	٢٢٠	٤٦	٢٦٦
تناول المخدرات	٧٨	٣	٢٢	–	١	–	١٠٤	٣٦	١٤٠
الاتجار بالمخدرات	١٢٦	٧	٣	–	–	–	١٣٦	٥٥	١٩١
الجملــــة	٦٢٧	٢١٠	٣٤	–	٢	–	٨٧٣	١٥٣	١٠٢٦

☆ الاحكام الصادرة في جرائم الخمور وللمخدرات خلال عامي ١٩٨٣ ، ١٩٨٤ م. ☆

(حسب آخر حكم صدر حتى تاريخه)

السنوات	الحكم / نوع التهمة	المحكوم عليهم بالإدانة							المحكوم عليهم بالبراءة	جملة عمومية
		حبس	غرامة	عدم النطق بالعقاب	إيداع احداث	إجراءات احداث أخرى	أخرى	جملة الادانة.		
١٩٨٣	تناول المخدرات	٥٤	٥٧	١	–	–	–	١١٢	٧	١١٩
	الاتجار بالمخدرات	١٨٥	٣٩	٢	–	–	–	٢٢٦	٢٤	٢٥٠
	الجملـــــة	٢٣٩	٩٦	٣	–	–	–	٣٣٨	٣١	٣٦٩
١٩٨٤	تناول المخدرات	١٢٦	٢٦	١٦	–	١	–	١٦٩	٢٠	١٨٩
	الاتجار بالمخدرات	١٣١	٢٧	٣	–	١	–	١٦٢	٢٣	١٨٥
	الجملـــــة	٢٥٧	٥٣	١٩	–	٢	–	٣٣١	٤٣	٣٧٤

☆ الأحكام الصادرة في جرائم الخمور والمخدرات خلال عامي ١٩٨٥ ، ١٩٨٦ م. ☆
(حسب آخر حكم صدر حتى تاريخه)

السنوات	الحكم / نوع التهمة	المحكوم عليهم بالإدانة							المحكوم عليهم بالبراءة	جملة عمومية
		حبس	غرامة	عدم النطق بالعقاب	إيداع احداث	إجراءات احداث أخرى	أخرى	جملة الادانة		
١٩٨٥	تناول المخدرات	٩٠	٨	٢٢	–	–	–	١٢٠	١١	١٣١
	الاتجار بالمخدرات	١٥٣	٨	٤	–	–	–	١٦٥	٣١	١٩٦
	الجملة	٢٤٣	١٦	٢٦	–	–	–	٢٨٥	٤٢	٣٢٧
١٩٨٦	تناول المخدرات	٦٢	١	١٧	–	–	١	٨١	٢٥	١٠٦
	الاتجار بالمخدرات	١٣٤	١	٥	–	–	–	١٤٠	٣٦	١٧٦
	الجملة	١٩٦	٢	٢٢	–	–	١	٢٢١	٦١	٢٨٢

☆ الأحكام الصادرة في جرائم الخمور والمخدرات خلال عامي ١٩٨٧ ١٩٨٨ م. ☆

(حسب آخر حكم صدر حتى تاريخه)

السنوات	الحكم / نوع التهمة	المحكوم عليهم بالإدانة							المحكوم عليهم بالبراءة	جملة عمومية
		حبس	غرامة	عدم النطق بالعقاب	إيداع احداث	إجراءات احداث أخرى	أخرى	جملة الادانة		
١٩٨٧	تناول المخدرات	٧٤	٣	١٥	١	١	–	٩٤	٩٦	١٩٠
	الاتجار بالمخدرات	٩١	٢	٥	–	–	–	٩٨	٣٥	١٣٣
	الجملـــــة	١٦٥	٥	٢٠	١	١	–	١٩٢	١٣١	٣٢٣
١٩٨٨	تناول المخدرات	٧٨	٣	٢٢	–	١	–	١٠٤	٣٦	١٤٠
	الاتجار بالمخدرات	١٢٦	٧	٣	–	–	–	١٣٦	٥٥	١٩١
	الجملـــــة	٢٠٤	١٠	٢٥	–	١	–	٢٤٠	٩١	٣٣١

احصاءات

مصدرها

المجلس الأعلى للتخطيط [1]

(١) مرفق رقم ١٠

جدول (١)

كمية الحشيش المتلفة

السنة	الكمية والنوع بالجرام
١٩٨٣	٦١٣٥٠٠ حشيش
١٩٨٤	١٨٧٦٦٣ حشيش
١٩٨٥	١٩٨٨٠٨ حشيش
٨٦ - ٨٧	٤٩٨٤٧٩٨ خشيش

المصدر : نيابة المخدرات ـ وزارة العدل

جدول (١)

كمية الهيروين المتلفة

السنة	الكمية والنوع بالجرام
١٩٨٣	٧٥٢٦ هيروين
١٩٨٤	٤٢٤٣٧ هيروين
١٩٨٥	٢٣٥٨١ هيروين
٨٦ - ٨٧	٦٦٤٥٨٩ هيروين

المصدر : نيابة المخدرات ـ وزارة العدل

جدول (٣)

كمية الافيون المتلفة

السنة	الكمية والنوع بالجرام
١٩٨٣	٢٧٢ أفيون
١٩٨٤	١٢٨٩٧ أفيون
١٩٨٥	٢٥٦٩ أفيون
٨٦ - ٨٧	٥٣٨٩١ أفيون

المصدر : نيابة المخدرات ـ وزارة العدل

جدول (٤)

كمية زجاجات الخمور وعلب البيرة المتلفة

السنة	الكمية والنوع بالزجاجة
١٩٨٣	٢٢٤٢٤ خمر وعلبة بيرة
١٩٨٤	٥٤٩٤١ خمر وعلبة بيرة
١٩٨٥	٨١٢٣٠ خمر وعلبة بيرة
١٩٨٦	٨١٢٠٣ خمر وعلبة بيرة
١٩٨٧	١٨٢٧٢٩ خمر وعلبة بيرة

المصدر : نيابة المخدرات ـ وزارة العدل

جدول رقم (٥)

مدمني الكحول

السنة	الادمان على الكحول
١٩٨٣	٣٣٤
١٩٨٤	٦٥٠
١٩٨٥	٨٠٠
١٩٨٦	١٢٣٦
١٩٨٧	٢٥٥٠

المصدر: مستشفى الطب النفسي - وزارة الصحة العامة

جدول(٦)

مدمني المخدرات

السنة	الادمان على المخدرات
١٩٨٣	١٥٤
١٩٨٤	٥٧٥
١٩٨٥	٧٠٤
١٩٨٦	٧٧٧
١٩٨٧	٢٥٦٦

المصدر: مستشفى الطب النفسي - وزارة الصحة العامة

ملاحظة: ينبغي الاشارة هنا إلى أنه عندما يصل الانسان إلى مرحلة الادمان فانه لا يقتصر على تعاطي نوعا واحدا من المواد، وإنما يقبل على تعاطي أكثر من مادة Polydrug addict .

ـ دخول مركز الادمان للعلاج من الكحول والمخدرات (الكويتيون)

السنة	ذكور	إناث	جملة
١٩٨٣	٦٩٥	١٦	٧١١
١٩٨٤	٤٥٣	١٦	٤٦٩
١٩٨٥	٥٠٦	٦	٥١٢
١٩٨٦	٤٢٥	٢	٤٢٧
١٩٨٧	٦٨٠	٥	٦٨٥
١٩٨٨	٥٤٧	١	٥٤٨
	٣٣٠٦	٤٦	٣٣٥٢

ـ المراجعون للعيادة الخارجية (مخدرات ـ حشيش ـ كحول ـ هيروين)

السنة	كويتي	غير كويتي	جملة
١٩٨٤	١٤٨٤	١٤٢	١٦٢٦
١٩٨٥	٢٢٨٨	٢٨١	٢٥٦٩
١٩٨٦	٢٦٢٦	٤١١	٣٠٣٧
١٩٨٧	٣٦٦٦	٤٤٥	٤١١١
١٩٨٨	٧١٠١	٨٦١	٧٩٦٢

المصدر : مستشفى الطب النفسي ـ وزارة الصحة العامة

رسوم بيانية

مصدرها

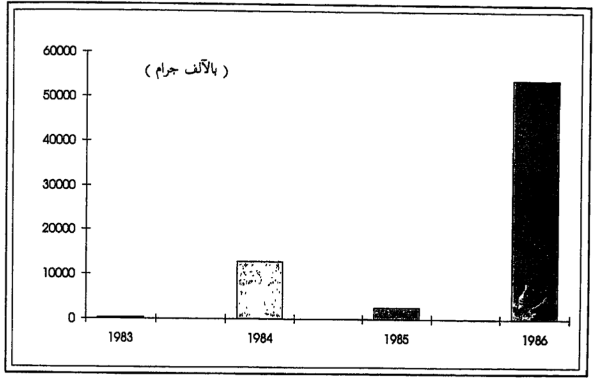
المجلس الأعلى للتخطيط

مرفق رقم ١١

شكل رقم (١)

كميات " الآفيون " التي تم اتلافها

خلال فترة (١٩٨٣ - ١٩٨٧)

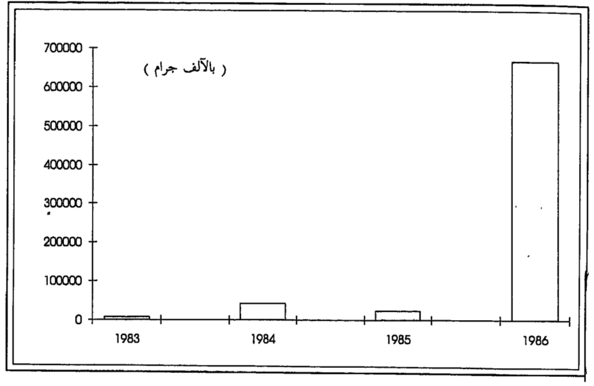


المصدر : نيابة المخدرات والخمور

النيابة العامة / وزارة العدل

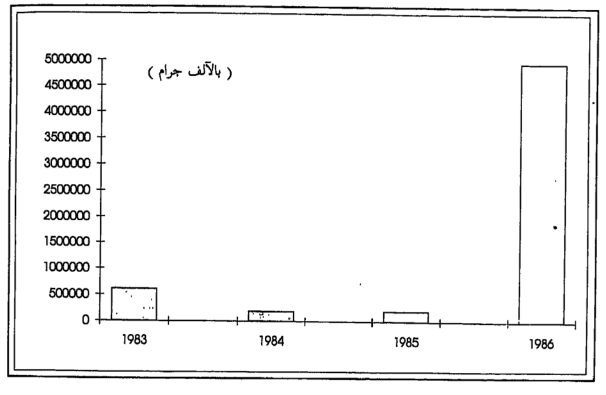
بتاريخ ١٩٨٨/١١/١٥ م

شكل رقم (٢)
كمية " الهيروين " التي تم اتلافها
خلال فترة (١٩٨٣ - ١٩٨٧)



المصدر : نيابة المخدرات والخمور
النيابة العامة / وزارة العدل
بتاريخ ١٥/١١/١٩٨٨ م

شكل رقم (٣)
كميات " الحشيش " التي تم اتلافها
خلال فترة (١٩٨٣ - ١٩٨٧)



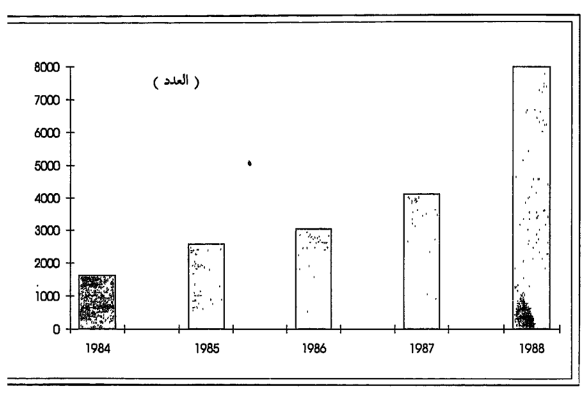
المصدر : نيابة المخدرات والخمور
النيابة العامة / وزارة العدل
بتاريخ ١٩٨٨/١١/١٥ م

شكل رقم (٤)

اجمالي المراجعين الكويتيين وغير الكويتيين للعيادة الخارجية

في مستشفى الطب النفسي

المدمنين على الخمور او المخدرات عن الاعوام من (١٩٨٤ - ١٩٨٨)



المصدر : مستشفى الطب النفسي

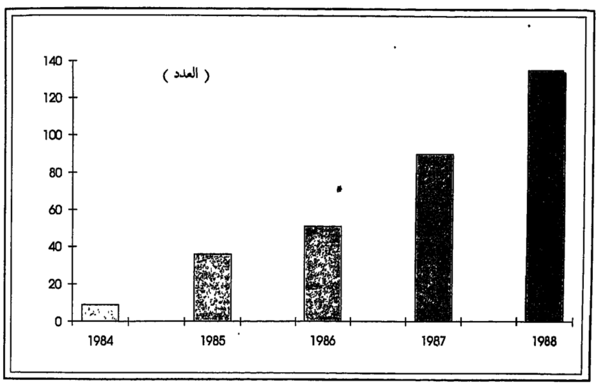
وزارة الصحة العامة

بتاريخ ١٩٨٨/١٢/١٢ م

شكل رقم (٥)

عدد مدمني مادة الباتكس الكويتيين مراجعي العيادة الخارجية

في مستشفى الطب النفسي عن الاعوام من (١٩٨٤ - ١٩٨٨)



المصدر : مستشفى الطب النفسي

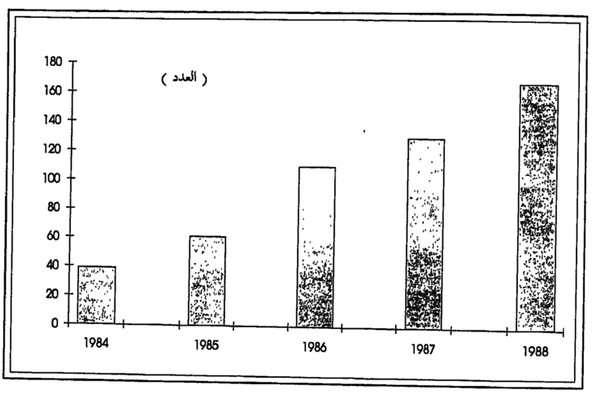
وزارة الصحة العامة

بتاريخ ١٩٨٨/١٢/١٢ م

شكل رقم (٦)

عدد مدمني مادة (الحشيش) الكويتيين مراجعي العيادة الخارجية

في مستشفى الطب النفسي عن الاعوام من (١٩٨٤ - ١٩٨٨)



المصدر : مستشفى الطب النفسي

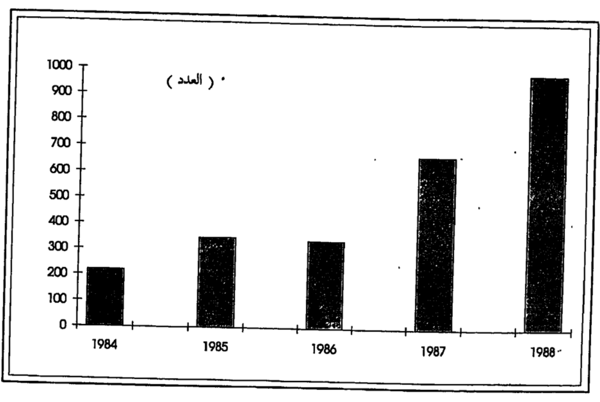
وزارة الصحة العامة

بتاريخ ١٩٨٨/١٢/١٢ م

شكل رقم (٧)

عدد مدمني مادة (الهيروين) الكويتيين مراجعي العيادة الخارجية

في مستشفى الطب النفسي عن الاعوام من (١٩٨٤ - ١٩٨٨)



<u>المصدر</u> : مستشفى الطب النفسي

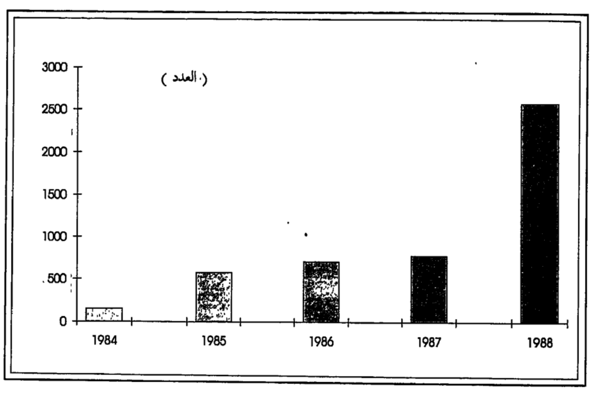
وزارة الصحة العامة

بتاريخ ١٩٨٨/١٢/١٢م

شكل رقم (٨)

اجمالي مدمني المخدرات الكويتيين مراجعي العيادة الخارجية

في مستشفى الطب النفسي عن الاعوام من (١٩٨٤ - ١٩٨٨)



المصدر : مستشفى الطب النفسي

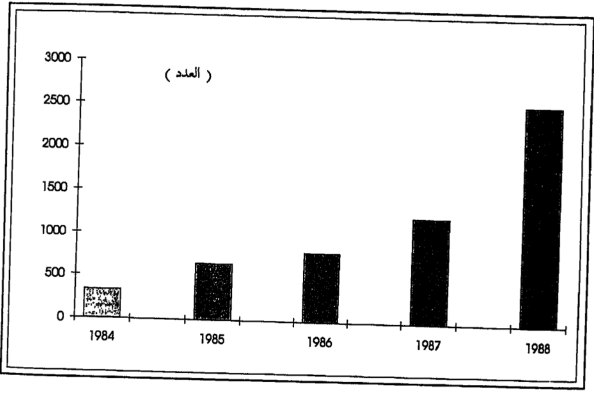
وزارة الصحة العامة

بتاريخ ١٩٨٨/١٢/١٢ م

شكل رقم (٩)

اجمالي مدمني المواد الكحولية الكويتيين مراجعي العيادة الخارجية

في مستشفى الطب النفسي عن الاعوام من (١٩٨٤ - ١٩٨٩)



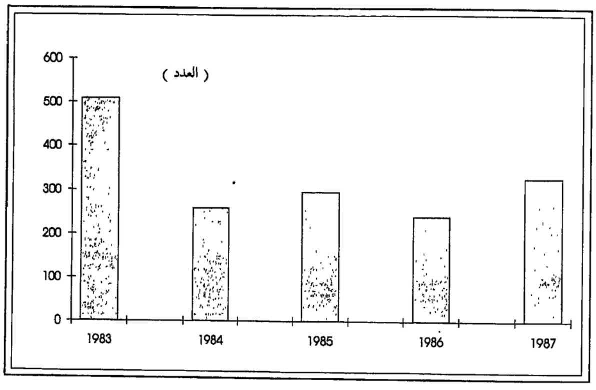
المصدر : مستشفى الطب النفسي

وزارة الصحة العامة

بتاريخ ١٩٨٨/١٢/١٢ م

شكل رقم (١٠)

بيان احصائي عن المرضى المدمنين المخدرات الكويتيين الذين ادخلوا واخرجوا من مستشفى الطب النفسي عن الاعوام من (١٩٨٣ - ١٩٨٨)



المصدر : مستشفى الطب النفسي

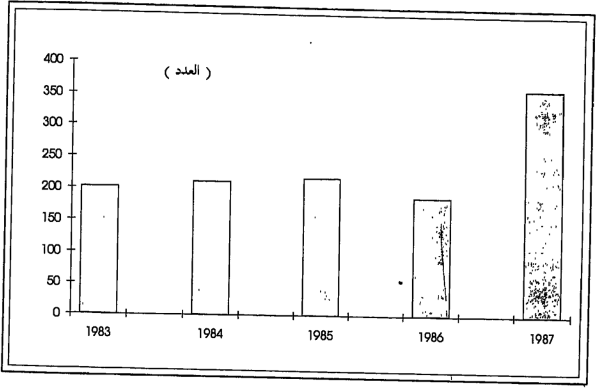
وزارة الصحة العامة

بتاريخ ١٩٨٨/١٢/١٢ م

شكل رقم (١١)

المرضى المدمنين للكحول الكويتيين الذين ادخلوا واخرجوا

من مستشفى الطب النفسي عن الاعوام من (١٩٨٣ - ١٩٨٤)



المصدر : مستشفى الطب النفسي

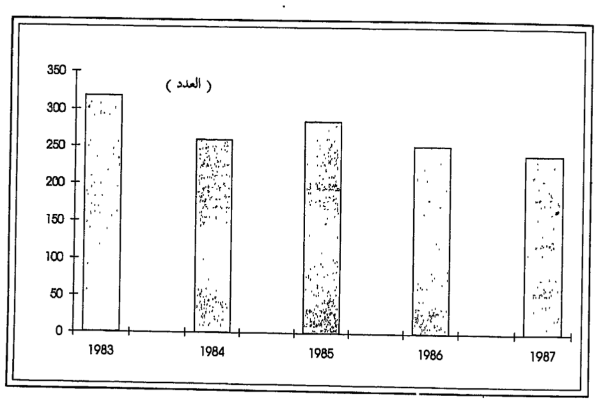
وزارة الصحة العامة.

بتاريخ ١٩٨٨/١٢/١٢ م

شكل رقم (١٢)

تطور عدد قضايا تناول خمور وسكر (كويتيون)

خلال فترة (١٩٨٣ - ١٩٨٧)



المصدر : وزارة العدل

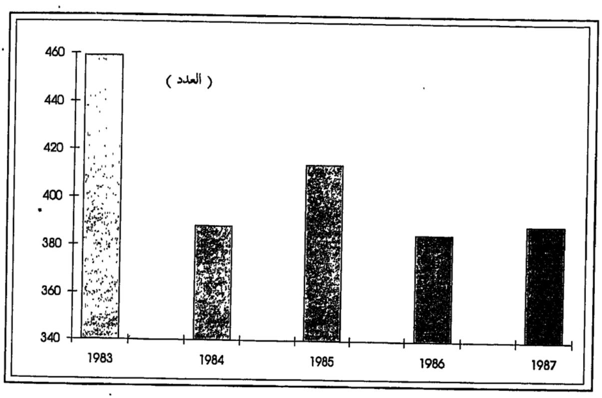
مركز المعلومات الآلي

بتاريخ ١٩٨٨

شكل رقم (١٣)

تطور اجمالي عدد قضايا تناول والاتجار في الخمور والمخدرات (كويتيون)

خلال فترة (١٩٨٣ - ١٩٨٧)



المصدر : وزارة العدل

مركز المعلومات الآلي

بتاريخ ١٩٨٨

المراجع

المراجع العربية

«انهيار العقل في مرض الفصام: الشيزوفرينيا»، دكتور عزت سيد اسماعيل، نشر وكالة المطبوعات، الكويت، ١٩٨٤.

«علم النفس الفسيولوجي»، دكتور عزت سيد اسماعيل، وكالة المطبوعات، الكويت،١٩٨٢.

«المشروبات الكحولية والمجتمع»، دكتور عزت سيد اسماعيل، مؤتمر اتحاد الاطباء العرب الثاني عشر، المنعقد بالكويت من ٨ ـ ١٤ مارس ١٩٧٤.

«مكافحة القات في الصومال ـ دراسة تتبعية»، دكتور غريب محمد سيد احمد، نشر المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، ١٩٨٩.

«مشكلة المخدرات بالكويت»، حمد عبد الله السريع، ندوة المخدرات، جامعة الكويت، ٤ ـ ٥ إبريل ١٩٨٩.

«وقفة مع قانون المخدرات الكويتي، دكتور احمد السماك، ندوة المخدرات، جامعة الكويت، ٤ ـ ٥ إبريل ١٩٨٩.

«تقرير حول انشاء جهاز مختص لمكافحة المخدرات والمسكرات»، المجلس الأعلى للتخطيط ، الأمانة العامة، لجنة الخدمات الاجتماعية الكويت، مارس ١٩٨٩.

«مشكلة المخدرات: الأسباب، الآثار، الوقاية والعلاج»، وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، الكويت، ١٩٩٢.

«دراسة استطلاعية لتخطيط بعض المتغيرات في مشكلة الادمان»، دكتور عزت سيد اسماعيل، «ندوة المسكرات والمخدرات وعلاجها»، الأمانة العامة لمجلس وزراء الصحة للدول العربية الخليجية، الكويت، ١١ ـ ١٣ فبراير ١٩٨٤.

«ندوة المخدرات: طرق الوقاية والعلاج»، جامعة الكويت، مركز خدمة المجتمع والتعليم المستمر، الكويت، ٤ ـ ٥ إبريل ١٩٨٩.

المراجع الاجنبية

1- Arnon, D., Silver, F., and Kissin, B.Detoxification in a Method-to-Abstinence Clinic. In D.E.Smith,S.M.Anderson,M.Buxton, N. Gottieb, W.Harvey, and T.Chung.(Eds.), A Multinational View of Drug Abuse. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing, Inc., 1978.

2- Bacon, M.K. The Dependency -Conflict Hypothesis and the Frequency of Drunkenness.Q.J. Stud. Alcohol, 35:863-876,1974.

3- Bennett, G. Alcohol Problems Among the young. In N.J. Estes, and M.E. Heinemann (Eds.), Alcoholism: Development, Consequences, and Intervention. St.Louis, Missouri: C.V. Mosby Company, 1986.

4- Barr, H.L. Problem Drinking by Drug Addicts. Effects on Treatment. Outcome. In D.E. Smith et al (Eds.), A Multinational View of Drug Abuse. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing, Inc., 1978.

5- Chafetz, M.E. addiction: Alcoholism. In A.M. Freedman and H.I. Kaplan (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiaty. Baltimore, Maryland: The Williams and Wilkins Company,1972.

6- Cole, J.O. and Davis, J.M. Antidepressant Drugs. In A.M. Freedman and H.I. Kaplan (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, Maryland: The Williams and Wilkins, 1972

7- Collins, M.B. An Overview of Drug Abuse Prevention in America. In D.E. Smith et al (Eds.), A Multinational View of Drug Abuse. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing, Inc., 1978.

8- Cotton, N.A. The Familial Incidence of Alcoholism. J. Stud. Alcohol 4o:89-46,1979.

9- Davidson, J. The Ritual Use of Psychoactive Drugs in the Ancient Near East. In D.E.Smith et al (Eds.), A Multinational View of Drug Abuse. Cambridge. Massachusetts: Schenkman Publishing, Inc., 1978.

10- Davison, G.C. and Neale, J.M. Abnormal Psychology: An Experimental Clinical Approach (Fourth Edition), New York: 1986. John Wiley and Sons, 1986.

11- Delint, J. Current Trends in the Prevalence of Excessive Alcohol Use and Alcohol 'Related Health Damage. Brit.Jour. of Addic 1:3-13,1975.

12- Debberm H.C.B. Tranquilizers in Psychiatry. In A.M. Freedman andH.I. Kaplan (Eds.), Comprehensive Textbook of Psyciatry. Baltimore, Maryland: The Williams and Wilkins Company, 1972

13- Ewing, J.A. Addiction: Non-Narcotic Addictive Agents. In A.M. Feedman and H.I. Kaplan (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Maryland: The Williams and Wilkins Company, 1972.

14- Fenichel, O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York: Norton, 1945.

15- Forslund, M.A and Gustafson, T.J. Influence of Peers and Parents and Sex Differences in Drinking by High School Students. Q.J. Stud. Alcohol 31:868-875,197O

16- Franks, C. M. Alcoholism. In C.G Costello (Ed.), symptoms of Psychopathology . A Handbook. New York: John Wiley and Sons, 197O.

17- Freedman, A.M. and Wilson, E.A. Addiction and Alcoholism. In A.M. Freedman and H.I. Kaplan (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Maryland: The Williams and Wilkins Company, 1972.

18- Fuqua, P. Drug Abuse: Investigation and Control. New York: McGraw-Hill, 1978.

19-Gallatin, J. Abnormal Psychology. Concepts, Issues, Trends. New York: Maacmillan Publishing Co., Inc., 1982.

20- Grinspoon, L. and Bakalar, J.B. Cocaine: A Drug and its Social Evolution. New York: Basic Books, Inc., Publishers,1976.

21- Goldstein, A. Recent Laboratory and Clinical Research Related to Heroin Abuse. In D.E.Smith et al (Eds.), A Multinational View of Drug Abuse. Cambridge Massachusetts: Schenkman Publishing, Inc., 1978.

22- Himwich, H.E. Alcohol and Brain Physiology in Alcoholism. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1956.

23- Hoff, E.C. Brain Syndromes Associated with Drug or Poison Intoxication. In A.M, Freedman and H.I. Kaplan (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Maryland: The Williams and Wilkins, 1972.

24- Jellinek, E, M. Phases of Alcohol Addiction. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 13,673-684,1952.

25- Jellinek, E.M, The Disease Concept of Alcoholism. New Haven, Conn.,: Hillhouse Press, 196O.

26- Kaufman, E. The Relationship of Social Class and Ethnicity to Drug Abuse. In D.E. Smith et al (Eds.), A Multicultural View of Drug Abuse. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Inc., 1978.

27- Kirk, J. and Miller L. Cognitions of Coca in Columbia, Ecuador, and Peru. In D.E. Smith et al (Eds.), A Multicultural View of Drug Abuse. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Incj., 1978.

28- Lampe, K.F. Toxicological Considerations of Hallucinogenic Mushroom Hunting. In D.E. Smith el al (Eds.), A Multicultural View of Drug Abuse. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Inc., 1978.

29- Mandell, A.J. and West, L.J. Hallucinogens. In A.M. Freedman and H.I. Kaplan (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Maryland: The Williams and Wilkins, 1972.

30- McCord, J. Etiological Factors in Alcoholism: Family and Personal Characteristics. Q.J. Stud. Alcohol. 33:1O2O-1O27,1972.

31- Mensh,J.N. Drug Addiction. In C.G. Costello (Ed.), Symptoms of Psychopathology. A Handbook. New York. John Wiley and Sons, Inc., 197O.

32- Paredes, A. Models and Definitions of Alcoholism. In N.J. Estes, and M.E. Heinemann (Eds.), Alcoholism: Development, Consequences, and Intervention. ST.Louis, Missouri: C>V> Mosby Company, 1986.

33- Russell, M. The Epidemiology of Alcoholism. In N.J. Estes, and M.E. Heinemann (Eds.), Alcoholism: Development, Consequences, and Intervention. ST Louis, Missouri: V>V> Mosby Company, 1986.

34- Roebuch, J.B., and Kessler, R.G. The Etiology of Alcoholism: Constitutional, Psychological, and Sociological Approach, Springfield, Ill.: Charles C. Thomal Publisher, 1972.

35- Schckit, M.A., and Morrissey, E.R. Alcoholism in Women: Some Clinical and Social Perspectives. In M. Greenblatt and Schuckit (Eds.), Alcoholism Problems in Women and Children. New York: Grune and stratton, Inc., 1976.

36- Schuckit, M.A. Etiologic Theories on Alcoholism In N.J. Estes and M.E. Heinmann (Eds.), Alcoholism: Development, Consequences, and Interventions. ST Louis, Missouri: C.V. Mosby Company, 1986.

37- Savage, C., Curran, S.F., and Doyle P.A. Naltrexone-Placebo Comparison Investigation. In D.E. Smith et al (Eds.), A Multicultural View of Drug Abuse. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Inc., 1978.

38- Smith, D.E. Cocaine Abuse. In D.E.Smith et al (Eds.), A Multicultural View of Drug Abuse. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Inc., 1978.

39- Teff, H. Drugs, Society and the law. Westmead, Farnborough, Haut., England: Saxon House, D.C. Health Ltd., 1975.

40- Wilker, A. Opiod Addiction. In A.M. Freedman and H.I. Kaplan (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Maryland: The Williams and Wilkins Company, 1972.

41- Zeiner, A.R. and Paredes, A. Differential Biological Sensitivity to Ethanol as Predictor of Alcohol. In D.E. Smith et al. (Eds.), A Multicultural View of Drug Abuse. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Inc., 1978.

الفهرس

الموضوع	الصفحة
الفصل الثاني	
الأفيون ومشتقاته.	٥٢
المورفين:	٥٨
تصنيع المورفين، فاعلية المورفين، التسمم الحاد من المورفين، التسمم المزمن من المورفين، التحمل والاعتماد البدني، ظاهرة الامتناع (التوقف عن التعاطي)، التشخيص.	
الهيروين:	٧١
تأثير الهيروين، الدفعة، عالم الغفوة(التسليم)، التغيرات الفسيولوجية، التحمل والاعتماد البدني والنفسي، تعاطي الهيروين مع عقاقير اخرى، التوقف عن تعاطي الهيروين، المصادر العالمية لتجارة الهيروين (الاتصالات التركية الفرنسية، المثلث الذهبي لجنوب شرقي آسيا، المكسيك)، تصنيع الهيروين.	
الأفيون البشري.	٨٠
علاج الادمان على الافيونيات	٨٤
العلاج بأسلوب الخفض السريع للأفيونيات، الميثادون، المركبات المنازعة للأفيونيات.	
أسلوب علاج الادمان على الأفيونيات في بريطانيا:	٩٦
لجنة روليستون ١٩٢٤، لجنة براين الاولى ١٩٥٨،	٩٧
لجنة براين الثانية ١٩٦٤، الوضع الحالي في بريطانيا، تقييم النظام البريطاني.	٩٨
نتائج العلاج من الادمان على الافيونيات.	١٠١

الموضوع	الصفحة
الفصل الثالث	
الادمان الكحولي.	١٠٤
أصل وتطور مفهوم الادمان الكحولي.	١٠٦
الآراء المعاصرة حول الادمان الكحولي:	١٠٨
آراء جيلينك، مراحل الادمان الكحولي وفقا لآراء جيلينك. تصنيف جيلينك للادمان الكحولي، آراء الهيئات العالمية حول الادمان الكحولي.	
الادمان المتعدد (الادمان على الكحول والعقاقير).	١٢٣
الدراسات الوبائية للادمان الكحولي.	١٢٥
التأثير الفسيولوجي للكحول:	١٢٧
التأثير قصير المدى، التأثير طويل المدى.	
مضاعفات الادمان الكحولي:	١٣٤
الهذيان المخيف، زملة كورساكوف، الهلاوس الكحولية الحادة، بارانويا الادمان الكحولي، التسمم (السكر المرضي).	
نظريات الادمان الكحولي:	١٤٣
وجهة نظر التحليل النفسي، نظريات التعلم، وجهة النظر الاجتماعية الحضارية، العوامل البيولوجية، العوامل الوراثية، نظريات الشخصية.	
الوقاية من الادمان الكحولي.	١٦٧
علاج الادمان الكحولي:	١٦٩
العلاج النفسي، العلاج الفسيولوجي، علاج النفور، علاج الدايسلفرام، جماعات الادمان الكحولي.	
نشقات.	١٧٨

الموضوع	الصفحة
الفصل الرابع	
العقاقير المستخدمة في الطب النفسي.	١٨٤
مركبات الباريبتوريت:	١٨٩
خصائص شخصية المدمن على مركبات الباربيتوريت: ظاهرتي التحمل والانسحاب، نمط إساءة الاستخدام، التشخيص، العلاج.	
PCP (Phencyclidine) :	١٩٦
تأثيره، التحمل والاعتماد، شخصية المتعاطين.	
التسمم العقاقيري.	٢٠٣
الفصل الخامس	
عقاقير الهلوسة	٢٠٦
حامض الليسيرجك LSD.	٢٠٨
الزايلوسيبين:	٢١٣
التأثير، البحوث حول الزايلوسيبين، انواع أخرى من عش الغراب.	
الميساكلين:	٢١٨
التأثير، التحمل والاعتماد والانسحاب.	
الفصل السادس:	
مشتقات الكانابيس.	
الحشيش والماريجوانا.	٢٢٣

الموضوع | الصفحة

الموضوع	الصفحة

المرفقات

الموضوع	الصفحة

المراجع


Bibliotheca Alexandrina
0334662